



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Omaisien hyvinvoinnin tukeminen tehohoidossa

Joenpolvi, Minna

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Omaisien hyvinvoinnin tukeminen tehohoidossa

Minna Joenpolvi
Terveysten edistämisen
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Minna Joenpolvi

Omaisen hyvinvoinnin tukeminen tehohoidossa

Vuosi

2011

Sivumäärä

91

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisen kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitajakson aikana. Tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle käytännön työhön toimintamalli omaisen tukemisen helpottamiseksi. Yksityiskohtaisena tavoitteena oli selvittää omaisen tuen tarpeita ja tyytyväisyyttä hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta läheisen tehohoitajakson aikana. Opinnäytetyössä tarkasteltiin hoitohenkilökunnan antamaa tiedollista, emotionaalista, henkistä ja konkreettista tukea. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: 1. Minkälaista tukea omaisen saa hoitohenkilökunnalta läheisen tehohoitajakson aikana? 2. Minkälaista tukea omaiset tarvitsevat läheisen tehohoitajakson aikana? 3. Minkälaiseksi omaisen kokee hyvinvointinsa läheisen tehohoitajakson aikana?

Opinnäytetyö toteutettiin Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimen kysymyksen. Kyselylomakkeita jaettiin kahden ja puolen kuukauden aikana yhteensä 50 kappaletta teho-osastolla käyneille potilaan omaisille. Kyselylomakkeista palautui opinnäytetyön tekijälle yhteensä 42, jolloin vastausprosentiksi tuli 79.

Aineisto analysoitiin tilastollisesti PASW Statistics 18,0 -ohjelmalla. Aineistosta katsottiin suorat jakaumat, frekvenssit ja prosentiosuudet sekä numeerisista muuttujista keskiarvot ja keskihajonta. Tuen eri muodoista muodostettiin summamuuttujia, joista tarkasteltiin keskiarvoja, minimi ja maksimi -arvoja sekä Cronbachin alfa -kerroin. Taustamuuttujien yhteyttä omaisen hyvinvointiin ja tuen saannin kokemiseen tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Omaisten esittämät kommentit ja avoimen kysymyksen vastaukset tuotiin esiin sellaisinaan. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta katsottiin Cronbachin alfalla ja koko mittarin Cronbach alfa -kertoimeksi tuli 0,84.

Kyselyyn vastanneista omaisista 61,9% (n=26) oli naisia ja 38,1% (n=16) miehiä. Vastauksella läheisen tehohoito oli pääsääntöisesti kestänyt 3-7 vuorokautta. Yli puolessa tapauksista läheisen leikkaus oli ollut ennalta suunniteltu. Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että omaisilla esiintyi selkeitä tiedollisen, emotionaalisen, henkisen ja konkreettisen tuen tarpeita. Suurin osa omaisista oli joksikin tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saamaansa tukeen, mutta siitä huolimatta tuen annossa havaittiin puutteita. Omaisilla todettiin läheisen tehohoidosta johtuen sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. Suurin osa omaisista koki vointinsa joksikin hyväksi läheisensä tehohoidosta huolimatta. Myöskin oma elämäntilanne koettiin kohtalaisen hyväksi. Opinnäytetyön tuloksissa huomattiin, että mitä pitempään läheisen tehohoito oli kestänyt, sitä huonommaksi omaisen vointinsa ja elämäntilanteensa koki. Omaisen koki läheistään koskevan tiedollisen tuen saannin tärkeämmäksi kuin omaan vointiinsa liittyvän tiedon saannin.

Opinnäytetyön tulosten ja aikaisemman teorian pohjalta kehitettiin hoitohenkilökunnalle kolmivaiheinen toimintamalli omaisen hyvinvoinnin tukemiseksi teho-osastolla. Jatkokehittämisaikana olisi kartoittaa toimintamallin käyttöönoton jälkeen sekä hoitohenkilökunnan mielipiteitä toimintamallista että omaisten kokemuksia tuen saannistaan.

Asiasanat: omainen, hyvinvointi, tukeminen, tehohoito

Minna Joenpolvi
Supporting the Family Members' welfare in Intensive Care

Year	2011	Pages	91
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to clarify family members' experiences of their own welfare during the next of kins' intensive care. The objective was to produce an operation model to the nursing staffs' practical work to facilitate supporting a family member. The detailed objective was to study needs for the family member support and satisfaction with the support got from the nursing staff during the next of kins' intensive care. In the thesis informational, emotional, mental and concrete support given by the nursing staff was examined. The study questions of the thesis were: 1. What kind of support is given from the nursing staff to a family member during the next of kins' intensive care? 2. What kind of support does a family member need during the next of kins' intensive care? 3. What are the family members' experiences their own welfare during the next of kins' intensive care?

The thesis was carried out at heart surgical intensive care unit in the hospital of Meilahti. The material was collected with a structured questionnaire which also contained an open question. Altogether 50 questionnaires were distributed during two and a half months among the patients' family members who had visited the intensive care unit. Altogether 42 of the questionnaires were returned, so the answer percent was 79.

The material was statistically analysed with the PASW Statistics 18,0 -programme. From the material the direct distributions, frequencies and percentage values were examined and the averages and the standard deviation from digital variables. Sum variables from which averages were examined were formed of different forms of the support minimum and maximum values and Cronbach's alpha coefficient. The connection of the family members' background variables supply of the support for welfare and experiencing was examined with the cross-tabulation. The family members' present comments and answers of the open question were brought out as such. The indicators' inside consistency was measured with Cronbach's alpha and the whole indicators' Cronbach's alpha coefficient became 0,84.

61,9% (n=26) of the responded family members were women and 38,1% (n=16) men. At the time of answering the next of kins' intensive care had lasted 3-7 days. The surgical operation of the next of kin had been designed in advance in more than half of the cases. In the results of this thesis came forth that needs support for informational, emotional, mental and concrete support. Most of the family members were rather satisfied with the nursing staffs' support but in spite of that shortcomings were perceived in giving support. According to the results the next of kins' intensive care caused the family members both physical and psychological symptoms. Most of the family members regarded their health as rather good in spite of the intensive care of next of kin. Also the own situation in life was regarded as good on the whole. The results showed that the longer the intensive care of the next of kin had taken, the worse the family members experienced their health and situation in life. The family members regarded getting information about the next of kin more important than their own health.

Based on the results of the thesis and earlier studies a three staged operations model was developed for the nursing staff of the intensive care unit to support the family members' well being. A subject for further development would be to survey the nursing staffs' opinions about the operation model and family members' experiences on being supported.

Keywords: family member, welfare, supporting, intensive care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Omaisien hyvinvoinnin tukeminen teho-osastolla.....	8
2.1	Omaisien tuen tarpeet teho-osastolla.....	8
2.2	Hoitohenkilökunnan antama tuki omaiselle	10
2.3	Omaisien hyvinvointi läheisen sairastaessa.....	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	17
4	Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät.....	19
4.1	Aineiston keruu ja otos	19
4.2	Mittarin kehittäminen.....	21
4.2.1	Mitta-asteikon valinta.....	23
4.2.2	Kyselylomakkeen validius	24
4.3	Aineiston analyysi	25
4.4	Opinnäytetyöhön osallistuneet ja vastaamisaktiivisuus.....	28
5	Opinnäytetyön tulokset	31
5.1	Omaisien tuen tarve ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki	31
5.1.1	Omaisien tiedollinen tukeminen	34
5.1.2	Omaisien emotionaalinen tukeminen.....	37
5.1.3	Omaisien henkinen tukeminen	40
5.1.4	Omaisien konkreettinen tukeminen	42
5.2	Omaisien kokemukset hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana	45
5.3	Taustamuuttajien yhteys tuen tarpeeseen ja omaisen hyvinvointiin	48
6	Pohdinta.....	57
6.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	57
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	59
6.3	Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelua.....	62
6.4	Jatkokehittämisaiheita	66
7	Omaisien hyvinvoinnin tukemisen toimintamalli.....	68
	Lähteet	75
	Kuviot	80
	Taulukot	81
	Liitteet.....	82

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää teho-osastolla hoidossa olevan potilaan omaisen kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnalle käytännön työhön toimintamalli, joka helpottaa omaisen hyvinvoinnin tukemista. Opinnäytetyön yksityiskohtaisena tavoitteena on selvittää omaisen tuen tarpeita ja tyytyväisyyttä hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta läheisen tehohoidon aikana. Opinnäytetyön aineisto kerättiin Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla, jossa hoidetaan pääasiassa välitöntä leikkauksen jälkeistä tehohoitoa vaativia sydänkirurgisia potilaita.

Monet sydänkirurgiseen leikkaukseen joutuneista henkilöistä sairastavat ennestään jotain sydän- ja verisuonisairautta, kuten esimerkiksi sepelvaltimotautia. Sepelvaltimotaudin esiintymisessä Suomi kuuluu läntisen Euroopan kolmen kärkimaan joukkoon. Ylipaino ja liikkumattomuus aiheuttavat kasvavia terveysongelmia. (Suomen Sydänliitto ry 2010.) Suomessa sydän- ja verisuonitautien osuus kaikista kuolemansyistä on noin 50% ja sepelvaltimotaudin yksinään noin 25%. Sepelvaltimotauti onkin edelleen yksi tärkeimmistä kansanterveysongelmistamme. Suomessa sepelvaltimotautia sairastaa noin 300 000 ihmistä ja vuosittain tähän tautiin kuolee noin 12 000 ihmistä. (Kesäniemi & Salomaa 2009.) Ennen 65 vuoden ikää sepelvaltimotautiin kuolee miehiä kolme kertaa enemmän kuin naisia. Sukupuolierot tasoittuvat kuitenkin vanhemmiten. (Mustajoki 2011.) Samalla kun työikäisen väestön sepelvaltimotautikuolleisuus vähenee, niin väestön ikärakenteen vanheneminen vastaavasti lisää kuolemien määrää. Sepelvaltimotautikuolleisuus onkin viime vuosina siirtynyt vanhempiin ikäluokkiin. (Kesäniemi & Salomaa 2009.)

Meilahden sairaalassa tehdään noin 1000 sydänleikkausta vuodessa. Näistä leikkauksista ennalta suunniteltuja eli elektiivisiä on noin 90% ja päivystysleikkauksia noin 10%. (Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot 2008.) Vuonna 2009 oli sydänleikatuista potilaista suurin osa 65-79 -vuotiaita (35,9%), toiseksi eniten oli 50-64 -vuotiaita (26,6%) ja kolmanneksi eniten yli 80 -vuotiaita (9,9%). (Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot 2009.)

Omaisen hyvinvoinnin tutkiminen aiheena on Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla ajankohtainen ja tarpeellinen, koska sydänkirurgisten potilaiden hoitoajat ovat vuosien saatossa pidentyneet. Kun vuonna 2000 toipui Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla vuodeosastokuntoisiksi 1-2 vuorokaudessa potilaista lähes 100%, niin vuonna 2009 samassa ajassa toipui enää vain 69%. Vuoden 2009 potilastilastojen mukaan keskimääräinen hoitoaika oli noussut 3,3 vuorokauteen ja pitkäkestoisin hoitoaika teho-

osastolla oli jopa 48 vuorokautta. (Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot 2000 & 2009.) Hoitoaikojen pitenemiseen ovat osaltaan vaikuttaneet väestön ikärakenteen vanheneminen sekä kehittynyt kardiologia, jonka ansiosta leikkaushoitoon päädytään usein aikaisempaa myöhemmin, jolloin myös potilaat ovat iäkkäämpiä. Hoitoaikojen pidentymisen vuoksi yhteydenotot potilaan omaisten kanssa ovat lisääntyneet ja tätä kautta omaisen tuen tarpeisiin vastaaminen on tullut aikaisempaa ajankohtaisemmaksi.

Suurin osa Meilahden sairaalassa tehtävistä sydänleikkauksista tapahtuu ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti, jolloin sekä potilas että omainen pystyvät valmistautumaan tulevaan. Välillä kuitenkin tulee äkillisiä leikkausta vaativia sydänvaivoja ja leikkaus joudutaan suorittamaan kiireellisesti ja joskus jopa saman tien. Tällaisessa tilanteessa läheisen tehohoitoon joutuminen tulee omaisille eteen yllättäen, ilman ennakkovaroitusta (Johansson, Fridlund & Hildingh 2005, 292).

Potilaan omaiset kokevat varsinkin alussa läheisen tehohoitoon joutumisen järkyttävänä ja heistä tuntuu tuskalliselta ja vaikealta nähdä läheisensä kytkettynä hoitolaitteisiin. Läheisen tehohoidossa oleminen aiheuttaa aina jonkin asteisen kriisin omaiselle. (Arvola 2008, 32; Casarini, Gorayeb & Filho 2009, 217; Johansson ym. 2005, 292.) Tehohoidossa olevan läheisen omainen joutuu monesti kohtaamaan kasvotusten sen tosiasian, että kriittisesti sairaan läheisen tulevaisuudesta ei ole varmaa tietoa. Pahimmassa tapauksessa läheisen tehohoito päättyy kuolemaan. (Casarini ym. 2009, 217.) Mäkisen (2002) mukaan omaiset kokevat läheisen sairastuttua huolestuneisuutta ja pelkoa sekä omaa että koko perheen tulevaisuutta kohtaan (Mäkinen 2002, 50).

Yhden perheenjäsenen kriittinen tila vaikuttaa koko perheeseen. Vaikka tehohoito pelastaa ihmishenkiä, on potilailla usein vuosia heikompi elämänlaatu hoitojakson jälkeen kuin verrokkiväestöllä ja tämä ei voi olla heijastumatta koko perheen hyvinvointiin. Tehohoitoon liittyvät eettiset ja taloudelliset tekijät velvoittavat hoitohenkilökunnan huomioimaan sekä yksittäisen ihmisen että koko perheen hyvinvoinnin, sillä omaisten apu esimerkiksi tehohoidon jälkeisessä selviytymisessä on merkittävä. (Karlola, Tallgren & Pettilä 2006, 2125.)

Suomessa on olemassa useita laatusuosituksia, laatukriteerejä ja oppaita, joiden avulla pyritään yhtenäistämään toimintaa ja toiminnan arviointia. Nämä suositukset eivät kuitenkaan määritä esimerkiksi sairaalassa annettavan tuen laatua. Ongelmallista on, ettei tuen laadulle ole olemassa hyväksyttyjä kriteerejä. (vrt. Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 20.) Omaisen tukemisen tulisi kuitenkin kuulua jokaisen hoitotyöntekijän työhön ja sen tulisi olla yhtä laadukasta kuin muukin hoitohenkilökunnan tekemä hoitotyö.

2 Omaisen hyvinvoinnin tukeminen teho-osastolla

2.1 Omaisen tuen tarpeet teho-osastolla

Tässä opinnäytetyön osassa määritellään tehohoitoa sekä käsitellään omaisen ja hoitohenkilökunnan välistä suhdetta, omaisen tukemisen lähtökohtia ja tuen tarpeita teho-osastolla. Tuen tarpeita tarkastellaan sekä omaisen että hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

”Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja hänen elintoimintojaan valvotaan ja tarvittaessa pidetään yllä erikoislaittein. Tavoite on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara”. Tehohoitoa annetaan teho-osastoilla, joihin on keskitetty elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämä henkilöstö, osaaminen ja teknologia. (Ambrosius, Huittinen, Kari, Leino-Kilpi, Niinikoski, Ohtonen, Rauhala, Tammisto & Takkunen 1997.) Tässä opinnäytetyössä tehohoidolla tarkoitettiin Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla annettavaa välitöntä leikkauksen jälkeistä hoitoa, joka on potilaan tarkkailua ja elintärkeiden elintoimintojen ylläpitämistä sekä lääkkeellisesti että erikoislaittein.

Omaisen ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus teho-osastolla on koettu tärkeäksi (Hopia, Rantanen, Mattila, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004, 26; Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen 2001, 379). Mäenpään (1998) tutkimuksessa hoitajan ja potilaan omaisen välinen suhde kuvattiin ihmisten välisenä, vuorovaikutuksellisenä suhteena. Emotionaalisuus on olennainen osa tätä suhdetta, jolloin hoitajan ammatillisuuden säilyminen korostuu. Suhde omaisiin sisälsi hoitajalle hyvin paljon omaisten tarpeiden huomioon ottamista. Hoitajan ja potilaan omaisten välistä suhdetta kuvattiin vuorovaikutussuhteena, jossa hoitajan vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys. Potilaan kriittinen tilanne voi olla omaisille niin ahdistava, että he eivät pysty ymmärtämään tai vastaanottamaan tietoa, jolloin he kysyvät samoja asioita yhä uudelleen. Hoitajalta tilanne vaatii hallittua, ymmärrettävää kielenkäyttöä. (Mäenpää 1998, 53.)

Tarkasteltaessa hoitajan ja potilaan omaisen välistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta, tulee tutkimuksissa esille, että hoitavan henkilön ja omaisen suhde voi olla joko läheistä tai etäistä. Hoitohenkilökunnalta odotetaan läsnäolemista ja omaisen voiman lisäämistä sekä omaisen hyvän olon edistämistä. Omaisen hyvän olon edistäminen on huolenpitoa, uskon vahvistamista, keskustelemista ja tiedon antamista. Suurin osa hoitohenkilökunnasta kokee vuorovaikutuksen potilaan omaisen kanssa erittäin tärkeäksi. Omaisen kanssa käytävään vuorovaikutukseen vaikuttavat hoitohenkilön työkokemuksen pituus, henkilökohtainen valmius vuorovaikutukseen ja omaisen mielenkiinto potilaan vointia kohtaan. (Mäkinen 2002, 108; Potinkara 2004, 112-115 ; Tanhua 2005, 52; Åstedt-Kurki ym. 2001, 379.) Vuorovaikutusta

heikentävinä tekijöinä on nähty henkilökunnan tekemä vuorotyö, kiire, omaisen arkuus lähestyä hoitohenkilökuntaa sekä hoidossa olevan läheisen huonovointisuus (Hopia ym. 2004, 27; Kuuppelomäki 2002, 122-123). Hoitohenkilökunta näkee omaisen ensisijaisesti potilasta koskevan, kuten esimerkiksi perhesuhteisiin liittyvän tiedon antajana (Haapaniemi & Routasalo 2009, 43; Åstedt-Kurki ym. 2001, 384).

Lähtökohtana tuen tarpeita kartoitettaessa on aina perheen oma näkemys elämäntilanteestaan ja tarvitsemastaan tuesta (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 2011). Tehohoidossa olevan potilaan omaisen tukemisen pitäisi perustua omaisten yksilöllisiin tarpeisiin. Tuen luonteen tulisi olla suhteessa sekä potilaan vointiin että sairauden tilaan ja tuen vaikutukset erilaisiin lopputuloksiin pitäisi myös pystyä huomioimaan. (Eriksson 2000, 227.) Hoitohenkilökunnalla sairaalaympäristössä on hyvät mahdollisuudet arvioida omaisten tilannetta ja tuen tarvetta, koska he ovat paljon tekemisissä omaisten kanssa (Hopia ym. 2004, 28). Aikaisemman tiedon perusteella tehohoidossa olevan potilaan omaisen tarpeet liittyvät potilaan lähellä olemiseen, potilaan voinnista saatavaan tietoon ja omaisen omaan hyvinvointiin (vrt. Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Åstedt-Kurki 2009, 301; Lehto, Laitinen-Junkkari & Turunen 2000, 72; Ponkala, Suominen & Leino-Kilpi 1996, 92).

Tiedontarve on jokaisella omaisella yksilöllinen ja siihen vaikuttavat läheisen sairaus, fyysinen kunto, selviytymistavat ja sairauden vaihe. Vakavasti sairastuneen ja ohimenevästi sairastuneen potilaan omaisen tiedon tarpeet ovat erilaiset. Lähtökohtana tulisi olla omaisen aikaisemmat tiedot sekä kyky ottaa vastaan tietoa ja soveltaa sitä uuteen tilanteeseen. Useimmiten tyytyväisimpiä saamaansa tietoon ovat olleet potilaan puoliset ja tyytymättömiä muut potilaan lähisukulaiset ja omaiset. (Azoulay ym. 2001, 138.) Muun muassa omaisen iällä ja sukupuolella on todettu olevan merkitystä tiedon vastaanottamisessa. Lehdon (1997) tekemässä tutkimuksessa nuoret omaiset kokivat saaneensa huomattavasti muita omaisia harvemmin tiedollista ja emotionaalista tukea (Lehto 1997, 50).

Mäkisen (2002) tutkimuksessa omaisilla esiintyi tiedon tarpeita (Mäkinen 2002, 59). Omaiset halusivat tietoa muun muassa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, ennusteesta, jatkohoidosta sekä muista olemassa olevista tukimuodoista (Casarini ym. 2009, 224; Åstedt-Kurki ym. 2001, 382). Omaiset olivat herkkiä tunnistamaan hoitohenkilökunnan katseita ja äänenävyjä, joiden perusteella he tekivät tulkintoja hoitohenkilökunnan asenteesta heihin. Huolehtimisen ja välittämisen merkinä nähtiin se, että hoitohenkilökunta teki aloitteen keskusteluun. (Mäkinen 2002, 59.)

Hoitohenkilökunta kokee vastaavansa omaisten tarpeisiin ja useimmiten yksittäinen hoitaja kokee tukeneensa omaisia paremmin kuin kollegansa. Omaisia muun muassa rohkaistaan soittamaan osastolle koska tahansa, vierailemaan osastolla mahdollisimman vapaasti ja

hoitohenkilökunta antoi omaisille mahdollisuuden esittää kysymyksiä aina, kun tarvetta ilmeni. (El-Masri & Fox-Wasylyshyn 2007, 48.) Mäkisen ym. (1999) mukaan hoitajat arvioivat tukevasa potilaan omaisia useimmiten sekä tiedollisesti että henkisesti, mutta huomasivat antavansa vähemmän konkreettista tukea. Vielä harvemmin omaisia tuettiin hengellisesti. (Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999, 113.)

Ponkalan ym. (1996) mukaan hoitotyöntekijät pitävät potilaan hoitoon liittyvää tiedon tarvetta tärkeänä ja työssään he vastasivat eniten juuri omaisen tarpeeseen saada tietoa potilaan hoidosta. Vähiten tärkeäksi hoitohenkilökunta koki omaisten omaan hyvinvointiin liittyvät tarpeet. (Ponkala, Suominen & Leino-Kilpi 1996, 87.) Kuitenkin Hopian ym. (2004) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset toivoivat henkilökunnan kiinnostusta heidän hyvinvointiaan kohtaan ja odottivat henkilökunnan esittävän suorita kysymyksiä heidän vointiinsa liittyen (Hopia ym. 2004, 27).

Johansson, Fridlund ja Hildingh (2005) toivat tutkimuksessaan esille, että omaisille oli tärkeää tulla hyväksytyksi juuri sellaisena kuin oli ja heille oli tärkeää saada olla tekemisissä sellaisen hoitohenkilökunnan kanssa, joka välitti omaisesta ja hänen tilanteestaan. Omaisille oli tärkeää myös tuntee olevansa tervetullut. (Johansson ym. 2005, 292-293.) Omaisille toi helpotusta se, että he saivat kuulla hoitoalan ammattilaisilta läheisensä saavan parasta mahdollista hoitoa. Tällöin omainen koki turvallisuuden tunnetta ja sai myös helpommin levähtyä, vaikka läheinen oli tehohoidossa. (Johansson ym. 2005, 295.)

2.2 Hoitohenkilökunnan antama tuki omaiselle

Seuraavassa opinnäytetyön osassa käsitellään potilaan tietojen luovutukseen liittyvää lainsäädäntöä sekä aikaisempien tutkimuksien esille tuomia näkemyksiä omaisen tukemisesta sairaalaympäristössä. Omaisen tukemista lähestytään tarkastelemalla omaisen kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan tiedollisesta, emotionaalisesta, henkisestä ja konkreettisesti tuesta sekä tarkastelemalla hoitohenkilökunnan näkemyksiä omaiselle antamastaan tuesta ja sen merkityksestä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki) määrittää, että ensisijaisesti potilaan tietoja voidaan luovuttaa omaisille vain potilaan omalla suostumuksella (Ylipartanen 2010, 55-56). Potilaan lähiomaiset ovat näin ollen ikään kuin sivullisia potilasasiakirjoihin nähden. Potilastietoja voidaan kuitenkin tietyissä poikkeustilanteissa luovuttaa lähiomaisille, lailliselle edustajalle tai muulle läheiselle ilman potilaan suostumusta. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun tehdään päätöksiä potilaan hoitoon liittyen, eikä potilas itse ole syystä tai toisesta kykenevä päätöksentekoon. (Ylipartanen 2010, 97-98.) Lisäksi sairaanhoitajan

eettiset ohjeet ohjaavat sairaanhoitajaa toimimaan oikein potilasasioissa omaisten tiedottamisen suhteen (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996).

Käsitettä tuki (support) ja tukeminen (supporting) käytetään kirjallisuudessa monissa eri merkityksissä. Tavallisesti tukeminen -sanaa käytetään kuitenkin laajassa merkityksessä, jolloin sillä viitataan erilaisiin tuen anto muotoihin. Omaiselle annettava tuki voi olla tiedollista, emotionaalista, taloudellista, hengellistä, henkistä tai konkreettista tukea. (Eriksson 2000, 226.) Opinnäytetyössä keskitytään tarkastelemaan hoitohenkilökunnan antamaa tiedollista, emotionaalista, henkistä ja konkreettista tukea.

Aikaisempien tutkimuksien mukaan omaisilla on selkeitä tiedollisia tarpeita. Näissä tutkimuksissa omaiset saivat potilasta koskevaa tietoa joko puhelimitse tai käydessään sairaalassa potilasta katsomassa sekä itse kysymällä (Hopia ym. 2004, 27; Lehto ym. 2000, 73). Hopian ym. (2004) ja Lehdon ym. (2000) tutkimuksissa tuli esille, että enemmistö omaisista koki saaneensa riittävästi tietoa, joka koski potilasta (Hopia ym. 2004, 27; Lehto ym. 2000, 72). Joissain tapauksissa ristiriitaa tiedottamisessa aiheutti se, että omainen sai puhelimesta positiivisemmän kuvan potilaan voinnista kuin sitten osastolla käydessään (Arvola 2008, 31).

Lehdon ym. (2000) tutkimuksen mukaan useimmat omaisista saivat mielestään riittävästi tietoa, joka oli ymmärrettävää, yhdenmukaista, rehellistä ja luotettavaa. Myös vierailukäytännöistä oli saatu tietoa ja useimmiten tietoa saatiin oikeaan aikaan ja rauhallisessa ympäristössä. (Lehto ym. 2000, 71-72.) Osa omaisista olisi kuitenkin kaivannut etukäteen tietoa sekä teho-osaston toiminnasta että omasta mahdollisuudestaan osallistua läheisensä hoitamiseen (Lehto ym. 2000, 71-72; Nuutinen & Raatikainen 2005, 138-140).

Hoitohenkilökunnalta saatu tiedollinen tuki koettiin tärkeäksi muun muassa omaisen psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta (Kuronen 2002, 61). Hoitohenkilökunnalta saatu tieto vähensi omaisen hätäilemistä sekä sairaalavaiheessa että myöhemmin kotona. Positiivisena asiana ilmaistiin leikkaavan lääkärin puhelinsoiton heti leikkauksen jälkeen, koska sen koettiin laukaisevan jännitystä. (Kuronen 2002, 63.) Potilaan omaisten tiedonsaanti on tärkeää myös omaisen oman selviytymisen kannalta (Casarini ym. 2009, 224). Tehohoidossa omaiselle tiedottaminen voi jopa parantaa potilaan hoitoa, sillä omaiset voivat antaa arvokasta tietoa potilaan arvoista, toiveista ja aikaisemmasta terveydentilasta (Azoulay ym. 2001, 138).

Omaiset kokivat tarvitsevansa hoitohenkilökunnalta myös emotionaalista tukea. Jotkut puoliset olivat pettyneitä, koska eivät saaneet mielestään hoitohenkilökunnalta tarpeeksi aikaa, perheen huomioimista ja kannustusta. (Casarini ym. 2009, 222; Kukkurainen 2006, 99; Kuronen 2002, 61.) Aikaisempien tutkimuksien mukaan omaiset ovat kokeneet saaneensa

hoitohenkilökunnalta useimmiten osakseen kuuntelua, läsnäoloa, hyväksyntää, myötäelämistä ja toivoa kestää vaikean elämäntilanteen yli (Kuuppelomäki 2002, 122; Lehto ym. 2000, 69).

Lehdon ym. (2000) tutkimukseen osallistuneista omaisista noin puolet kokivat saaneensa hoitohenkilökunnalta osakseen lohdutusta, kiintymystä ja rauhoittamista. Omaiset kokivat, että heillä oli mahdollisuus ilmaista syvimpiä tunteitaan ja he kykenivät uskoutumaan hoitohenkilökunnalle. Harvemmin omaiset saivat rohkaisua puhua omista tunteistaan eikä omainen ollut juurikaan saanut palautetta omasta jaksamisestaan. (Lehto ym. 2000, 69-70.) Hoitohenkilökunnan käyttäytymisen omaiset olivat kokeneet kiitettäväksi, inhimilliseksi ja ammattitaitoiseksi. Hoitajan läsnäolo sai omaisen tuntemaan olonsa turvallisiksi ja hoitohenkilökunta oli omaisten mielestä palveluultista. (Lehto 1997, 33.) Mäkinen (2002) tutkimuksessa omaiset tosin olivat kokeneet, että hoitohenkilökunta oli suhtautunut heihin välinpitämättömästi ja jopa kielteisesti. Tällainen kokemus oli aiheuttanut omaiselle epäilystä omasta roolistaan osastolla ja oli jopa ajateltu ettei hoitohenkilökunta pitänyt siitä, että omaiset kävivät sairaalassa katsomassa läheistään. (Mäkinen 2002, 62.)

Aikaisempien tutkimuksien mukaan omaiset kokivat saavansa emotionaalista tukea melko hyvin, mutta useissa tapauksissa tiedollisen tuen saanti jäi heikoksi, vaikka omaiset kokivat tärkeäksi nimenomaan läheisen vointiin ja hoitoon liittyvän tiedon saannin. Huomionarvoista on myös se, että tutkimuksissa ilmeni osaston luonteella, hoitohenkilökunnan vuorotyöllä, potilaan huonovointisuudella ja osaston kiireisellä tahdilla olevan tiedon saantia heikentävä vaikutus. (vrt. Blek ym. 2007, 13; Kettunen 1998, 73 ; Kuronen 2002, 34-35 ; Mattila 2009, 294 ; Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, 30; Mäkinen 2002, 108; Nevalainen 2007, 199-200 ; Ponkala ym. 1996, 90 ; Åstedt-Kurki ym. 2001, 382-383.)

Omaiset kaipaavat hoitohenkilökunnalta henkistä tukea ja toivovat, että hoitohenkilökunnalla olisi enemmän aikaa keskusteluun ja heidän ajatustensa kuunteluun (Mesiäislehto-Soukka, Rajamäki & Paavilainen 2004, 30; Mäkinen 2002, 66). Henkinen tuki eli tunnetuki on tuen muodoista tärkein ja se ilmenee välittämisenä, empatiana, kiintymyksenä, huolehtimisena ja luottamuksen osoittamisena. Kaikki ihmiset tarvitsevat ajoittain enemmän tai vähemmän henkistä tukea elämänsä aikana. Koska ihminen ei pysty aina ennalta varautumaan tulevaan, saattaa tutun ja turvallisen elämäntilanteen järkkäminen koetella ihmistä ja pakottaa hänet kokoamaan elämäänsä uudelleen. Vain harvoin arkea kuormittavista ja hankalista elämäntilanteista selviytyy yksin, ilman ulkopuolisen apua. Kriiseistä selviytyminen vaatii aina voimia ja vie aikaa. Tällaisissa tilanteissa toimivien ihmissuhteiden merkitys ja heiltä saatava henkinen tuki korostuu. (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 2011.)

Pitkonen & Saramäen (1995) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset kokivat saaneensa henkistä tukea jokseenkin hyvin. Hoitajat kokivatkin antavansa omaisille yleisimmin henkistä

tukea ja omaisen oman jaksamisen kannalta pidettiin hoitohenkilökunnalta saatua henkistä tukea myös hyödyllisenä. (Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999, 116; Pitkonen & Saramäki 1995, 41.)

Omaiset odottivat saavansa hoitohenkilökunnalta myös konkreettista tukea (Arvola 2008, 26; Casarini ym. 2009, 222; Johansson ym. 2005, 293; Åstedt-Kurki ym. 2001, 386). Konkreettisen tuen anto on jäänyt kuitenkin tutkimuksien mukaan kaikkein vähemmälle huomiolle, sillä hoitajat kuvailivat antavansa omaisille melko vähän konkreettista tukea (Mäkinen ym. 1999, 116; Ponkala ym. 1996, 91-92). Käytännöllinen eli konkreettinen tuki sisältää kaiken konkreettiseen apuun liittyvän, kuten esimerkiksi käytännön asioihin liittyvän tuen (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 2011). Konkreettiseen tukeen liittyen hoitohenkilökunnan oletettiin kertovan omaisille muun muassa siitä, miten vierailut osastolle tapahtuvat käytännössä ja mihin aikaan osastolla voi vierailla. Omahoitajakäytännön todettiin helpottavan yhteydenpitoa ja omaisen ajan tasalla pysymistä. (Arvola 2008, 26.)

Arvolan (2008) tutkimuksessa potilaan omahoitaja oli linkkinä yhteydenpidossa lääkäriin ja potilaaseen. Tässä tutkimuksessa koettiin omahoitajakäytäntö siinäkin mielessä hyvänä, että omahoitaja tuli omaisia tavallisesti vastaan jo osaston ovelle, jolloin oli mahdollista vaihtaa kuulumisia jo ennen potilaan luokse menoa. (Arvola 2008, 24.) Omaisesta tuntui myös hyvältä se, että omahoitaja saatteli hänet ovelle saakka hänen lähtiessään osastolta ja palasi vasta sen jälkeen jatkamaan potilaan hoitoa. Tällaisessa tilanteessa saattoi omainen lähteä kotiin luottavaisin ja turvallisin mielin ja jättää potilaan asiansa osaavan, ammattitaitoisen henkilökunnan hoiviin. Tästä huolimatta osa omaisista olisi toivonut enemmän ohjausta talon tavoista, omahoitajakäytännöistä, päiväohjelmasta ja tukipalveluista. (Arvola 2008, 28-29.)

Hoitohenkilökunta pitää potilaiden ja heidän omaistensa tukemista tärkeänä (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, 31). Tanhuan (2005) tutkimuksessa tuli esille, että sairaanhoitajat kokivat, että heillä oli velvollisuus tiedottaa omaisia. Sairanhoitajien mielestä heidän velvollisuutenaan oli myös omaisen tilanteen ymmärtäminen. Työnkuvaan nähtiin kuuluvan luonnollisena osana läsnäolo osastolla potilaan omaisia varten. (Tanhua 2005, 51.)

Karjalaisen & Ponkilaisen (2008) tutkimuksessa keskityttiin kuolevan potilaan omaisen tiedollisen, emotionaalisen, sosiaalisen, hengellisen ja henkisen tuen muotoihin, joita tarkasteltiin moniammatillisen hoitamisen näkökulmasta (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 9). Heidän tekemän tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät arvioivat kokonaisuutena tukevansa hyvin kuolevan potilaan omaisia. Hoitotyöntekijät arvioivat sosiaalisen, emotionaalisen ja tiedollisen tuen muodot vastauksissaan melko hyviksi. Hengellisen ja henkisen tuen vastaajat arvioivat myös hyväksi, vaikka avoimissa kysymyksissä vastaajat arvioivat tarvitsevansa koulutusta hengellisessä tukemisessa. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 35-36.)

2.3 Omaisen hyvinvointi läheisen sairastaessa

Seuraavassa opinnäytetyön osassa lähestytään omaisen hyvinvointiin liittyviä asioita sekä omaisen että sairaanhoitajan näkökulmasta. Omaisen fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita käsitellään läheisen sairastaessa sekä tuodaan esille hoitohenkilökunnan huomioita omaisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvistä seikoista. Luvussa määritellään eri tasoilla annettavaa tukea, omaista sekä hyvinvointia.

Casarinin ym. (2009) mukaan varsinkin ensimmäisten 24 tunnin aikana, kun läheinen oli joutunut tehohoitoon, kokivat omaiset pelkoa, vihaa ja turhautuneisuutta (Casarini ym. 2009, 218). Omaiset kokivat myös voimattomuutta, koska eivät pystyneet auttamaan läheistään eivätkä näin ollen pystyneet myöskään hallitsemaan tilannetta (Johansson ym. 2005, 292). Läheisen sairaalahoidosta johtuen omaisilla on todettu esiintyvän sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. Läheisen hoidon pitkittyessä omaisten järkytys ja alkushokki muuttuu muun muassa väsymykseksi, masennukseksi, ahdistuneisuudeksi ja toivottomuudeksi (Arvola 2008, 32). Omaiset ovat tuoneet esille, että jopa jokapäiväisten askareiden tekeminen on tuntunut raskaalta ja ihmissuhteissa on ollut vaikeuksia, koska oma henkinen tasapaino on aiheuttanut herkästi esimerkiksi riitaantumista. Kaiken kaikkiaan elämäntilanne on koettu synkäksi ja lohduttomaksi. (Kettunen 1998, 72; Mäkinen 2002, 50-51.)

Näistä omaisten fyysisistä ja psyykkisistä reaktioista huolimatta ovat omaiset kokeneet vähemmän tärkeäksi omaan hyvinvointiinsa liittyvän tiedon saannin. Kaikkein tärkeämmäksi omaiset ovat kokeneet läheisen vointiin liittyvän tiedon saannin. Hoitohenkilökunta on kuitenkin tunnistanut omaisilla selkeitä tarpeita omaan hyvinvointiinsa liittyen, kuten esimerkiksi papin, psykologin tai sosiaalihoitajan avun tarpeita. Omaisilla on huomattu olevan myös selkeitä virkistytymiseen, yksinoloon, lepoon ja yöpymiseen liittyviä tarpeita. (Arvola 2008, 43; Lehto ym. 2000, 71; Ponkala ym. 1996, 90.)

Arvolan (2008) tekemässä tutkimuksessa huomattiin, että mitä pitempään potilas oli hoidettavana teho-osastolla, sitä ahdistuneempia ja väsyneempiä omaiset saattoivat olla (Arvola 2008, 25). Tällaisessa tilanteessa omaisen huomioiminen ja jutteleminen omaisen kanssa auttoi omaista jaksamaan vaikeassa tilanteessa. Hoitajat keskustelivat omaisen kanssa levon, syömisen ja juomisen tärkeydestä ja tarjosivat välillä omaiselle mahdollisuutta mennä ruokailemaan, ulkoilemaan ja lepäämään. Omaisten jaksaminen huomioitiin muun muassa niin, että heille kerrottiin erilaisista tukipalveluista, kuten ruokalasta ja kahvilasta sairaalassa sekä mahdollisuudesta tavata psykologi tai sosiaalityöntekijä. Tällä tavalla toimimalla hoitaja sai omaisen lopulta kiinnittämään huomiota myös itsestä huolehtimiseen. (Arvola 2008, 43.) Vaikka omaisen vierailut potilaan luona saattavat aiheuttaa omaisessa esimerkiksi ahdistusta,

ovat ne kuitenkin sekä omaiselle että potilaalle tärkeitä, sillä vierailut vaikuttavat positiivisesti potilaan henkiseen hyvinvointiin ja toipumiseen.

Haapaniemen & Routasalon (2009) mukaan sairaalahoidossa olevan potilaan omaisen toiminta kohdistuu sekä omaiseen itseensä että potilaaseen. Omainen vahvistaa omia voimavarojaan muun muassa niin, että hän hahmottaa omaa elämäntilannettaan, pitää yllä ihmissuhteitaan sekä lepää ja virkistyy. Tutkimuksessa todettiin myös, että jos omaisen sosiaaliset verkostot olivat vähäiset, niin tällöin omaisen katsottiin tarvitsevan tietoa vertaistuesta ja oman jaksamisensa tukemisesta. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39-40.) Sairaanhoitajat ovat kokeneet tärkeänä omaisen mahdollisuuden lepoon ja virkistytymiseen (vrt. Haapaniemi & Routasalo 2009, 42), vaikka esimerkiksi Hopian ym. (2004) tutkimuksessa tuli ilmi, ettei hoitohenkilökunta ja omainen keskusteluissaan juurikaan käynyt läpi omaisen vointia, perheenjäsenten keskinäisiä suhteita tai perheen selviytymistä kotona (Hopia ym. 2004, 27).

Kurosen (2002) tekemän tutkimuksen mukaan puolisoiden psykososiaalista hyvinvointia edistäviä tekijöitä ohitusleikkausprosessin eri vaiheissa ovat läheisistä ihmisistä muodostuva toimiva tukiverkosto sekä sairaalavaiheessa hoitohenkilökunnan antama sosiaalinen tuki. Sosiaalisen tuen saamisella on suuri merkitys psykososiaaliseen hyvinvointiin, koska sen on todettu vaikuttavan positiivisesti koko elämänlaatuun. Myös hoitohenkilökunnalta saatu tiedollinen tuki on tärkeää puolisoiden psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta. (Kuronen 2002, 60-61.)

Sosiaaliset verkostot tukevat ja kannattelevat ihmistä vaikeuksien keskellä. Sosiaalinen tuki jaetaan primaari-, sekundaari- ja tertiäritasolla annettavaan tukeen (Kumpusalo 1991, 15). Primaaritaso koostuu omaisen lähimmistä ihmisistä ja perheestä. Sekundaariverkosto käsittää sukulaiset, ystävät, työtoverit ja muut epäviralliset auttajat. Tertiäriverkosto taas käsittää viralliset ammattiauttajat, kuten esimerkiksi julkiset ja yksityiset palvelujen tarjoajat. (Anttila, ym. 2001, 14.) Opinnäytetyössä keskityttiin tertiäritasolla annettavaan ammatilliseen tukeen, koska työssä kartoitettiin omaisten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta (vrt. Eriksson 2000, 227).

Aikaisempien tutkimuksien mukaan hoitohenkilökunnalta saatu tieto vähensi puolisoiden hätäilemistä sairaalavaiheessa sekä myöhemmin kotona. Omaisat ilmaisivat myös hyvin positiivisena asiana leikkaavan lääkärin puhelinsoiton heti leikkauksen jälkeen. Lääkärin soitto laukaisi jännityksen ja sen jälkeen puoliso saivat rohkeutta ajatella asioita parhain päin. (Kuronen 2002, 63.)

Sairalahoidossa olevan potilaan omaiset kokevat olevansa potilaan edunvalvojia ja vierellä kulkijoita, koska hoitavat tämän jokapäiväisiä asioita. Kaikkein tärkeintä omaiselle on se, että

läheistä kohdellaan ystävällisesti ja se, että läheinen saa hyvää hoitoa. (Mäkinen 2002, 56.) Omainen -sanana merkitsee yleensä oman perheen jäsentä tai lähisukulaista (Gothoni, R. 1991, 14). Opinnäytetyössä omaiseksi katsottiin henkilö, joka oli läheisessä tekemisissä potilaan kanssa ja joka kävi teho-osastolla katsomassa läheistään. Henkilö saattoi olla avo- tai aviopuoliso, tytär, poika, lapsenlapsi, elämäkumppani tai joku muu sellainen henkilö, jonka potilas itse oli ilmoittanut yhteyshenkilökseen ennen leikkaukseen tuloaan. Sanoja läheinen ja potilas käytettiin tässä opinnäytetyössä synonyymeinä, kun tarkoitettiin tähän opinnäytetyöhön osallistuvan omaisen sydänkirurgisella teho-osastolla hoidossa ollutta henkilöä.

Hyvinvointi on käsitteenä laaja-alainen ja merkitsee eri ihmisille erilaisia asioita. Hyvinvointi on aika-, paikka- ja kulttuurisidonnaista. Toisaalta hyvinvointitekijät eivät ole yksilöllä pysyviä, vaan niissä tapahtuu vaihtelua ihmisen eri elämänvaiheiden mukaan. Ehkä perinteisin ja arkisin tapa selittää hyvinvointi käsitettä, on Välikankaan (2002) mukaan se, että hyvinvoinnin kuvataan muodostuvan kokonaisvaltaisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tasapainon kautta. (Välikangas 2002, 12.)

Hyvinvointi kuuluu osana ihmisen elämänlaatuun, joka itsessään on abstrakti ja moniulotteinen käsite ja jota on kirjallisuudessa määritelty monin eri tavoin. Elämänlaatua voidaan tarkastella ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Kumpusalon (1991) mukaan sosiaalisella tuella tarkoitetaan aineellista-, toiminnallista-, tiedollista-, emotionaalista ja henkistä tukea, joilla hoitotyön auttamismenetelmänä voidaan vaikuttaa edistävästi elämänlaatuun ja sen osatekijöihin, terveyteen ja hyvinvointiin sekä rasittavasta elämäntilanteesta selviytymiseen. (Kumpusalo 1991, 14-17.)

Psyykkiseen hyvinvointiin kuuluu tasapainoinen tunne-elämä, hyvä mielenterveys ja toivon olemassaolo. (Kumpusalo 1991, 17.) Sosiaaliseen hyvinvointiin kuuluu normaali sosiaalinen vuorovaikutus, riittävä toimeentulo ja tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen. Sosiaalisen tuen saamisella, omilla selviytymiskeinoilla ja sosiaalisilla taidoilla on vaikutusta ihmisen sosiaaliseen hyvinvointiin (Kumpusalo 1991, 9-11.)

Kuuppelomäen (1997) mukaan sosiaalisella tuella on merkitystä terveyden ylläpitämisessä, edistämisessä ja hyvinvoinnissa (Kuuppelomäki 1997, 35). Terveystuotohenkilöstön antamaa sosiaalista tukea virallisesti kutsutaankin sosiaalseksi tueksi, mutta esimerkiksi perheen, ystävien ja työtovereiden antamaa tukea kutsutaan epäviralliseksi tueksi. Omaisia tukemalla varmistetaan, että he huolehtivat itsestään ja jaksavat elää vaikeaa elämäntilannettaan. (Kuuppelomäki 1997, 146.) Sosiaalisen tuen käsite voidaan ottaa mukaan perhekeskeiseen hoitotyöhön, jolloin potilaan puoliso ja muu perhe saavat osallistua hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16).

Elo ja Kyngäs (2009) totesivat omassa tutkimuksessaan, että fyysisen ympäristön ominaisuuksilla voidaan tukea sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista hyvinvointia. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitettiin opinnäytetyössä muun muassa viihtyisää fyysistä ympäristöä, joka mahdollistaa myös turvallisen toiminnan. Hyvinvointia tukeva sosiaalinen ympäristö rakentuu Elon ja Kyngäksen (2009) mukaan esimerkiksi avun saamisesta, yhteydenpidosta läheisiin sekä ystäviltä ja muilta läheisiltä saatuun tukeen. Psyykkistä hyvinvointia tukevassa ympäristössä elämä itsessään koetaan mielekkääksi ja mieliala hyväksi. (Elo & Kyngäs 2009, 64.)

Aikaisempien omaisten hyvinvointiin liittyvien tutkimuksien pohjalta voidaan todeta, että omaisten hyvinvointi sairaalaympäristössä käsittää suhteellisen paljon erilaisia asioita ja näkökulmia. Tutkimuksien mukaan omaisten hyvinvointiin läheisen sairastaessa vaikuttavat hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen, emotionaalinen, henkinen ja tiedollinen tuki, vuorovaikutus ja yhteistyö omaisen kanssa, omaisten selviytymiskeinojen käyttö sekä omaisten vaihteleviin tarpeisiin vastaaminen. (Kettunen 1998, 73 ; Kuronen 2002, 38-40 ; Mattila ym. 2009, 301 ; Mäkinen 2002, 66; Nevalainen ym. 2007, 196-198; Ponkala ym. 1996, 90-91 ; Potinkara 2004, 114-116; Rantanen 2009, 68-69 ; Åstedt-Kurki ym. 2001, 377-379.) Läheisen hyvinvointia edistäviä tekijöitä havaittiin tutkimuksissa olevan läheisistä ihmisistä koostuvan toimivan tukiverkoston antama sosiaalinen tuki, läheisen omat selviytymiskeinot, hyvä parisuhde sekä usko tulevaisuuteen (Kuronen 2002, 69).

Omaisen hyvinvoinnin tukemisella tarkoitettiin opinnäytetyössä hoitohenkilökunnan antamaa tiedollista, emotionaalista, henkistä ja konkreettista tukea. Opinnäytetyössä tarkasteltiin omaisen psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä, joita olivat masentuneisuus, surullisuus, ahdistuneisuus ja hermostuneisuus. Omaisen fyysiseen hyvinvointiin liittyvinä tekijöinä tarkasteltiin ruokahaluttomuutta, uniongelmia, väsymystä, voimattomuutta sekä jokapäiväisistä askareista selviytymistä. Hengellistä tukea ei otettu mukaan opinnäytetyöhön, koska sen katsottiin olevan sielunhoidollista tukemista, jota sairaalaympäristössä järjestetään tarpeen mukaan sairaalapappien ja sielunhoitajien toimesta (vrt. Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 198).

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymysten ja sisäisen viitekehysten on sovittava yhteen. Tutkimukselliseen toimintaan liittyen puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta viitekehyksestä. Ulkoinen viitekehys on teoriaosion osa, jossa tutkittavaa asiaa selvitetään sen koskettamalla tieteenalalla. Sisäisessä viitekehyksessä kuvataan tutkimuksen teoreettiset perusteet liittämällä ne kyseisiin tutkimusongelmiin. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 43.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tehohoidossa olevan potilaan omaisen kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana. Tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnalle toimintamalli, joka helpottaa omaisen hyvinvoinnin tukemista. Opinnäytetyön yksityiskohtaisena tavoitteena oli selvittää omaisen tuen tarpeita ja tyytyväisyyttä hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta läheisen tehohoidon aikana.

Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaista tukea omaiset tarvitsevat läheisen tehohoitojakson aikana?
2. Minkälaista tukea omaisen saa hoitohenkilökunnalta läheisen tehohoitojakson aikana?
3. Minkälaiseksi omaisen kokee hyvinvointinsa läheisen tehohoitojakson aikana?

Taulukko 1. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ja niitä vastaavat kysymykset lomakkeessa sekä kysymysten taustalla vaikuttavaa tutkimustietoa.

TUTKIMUSKYSYMYS:	VASTAAVAT KYSYMYKSET LOMAKKEELLA:	TUTKIMUSKYSYMYKSIEN TAUSTALLA OLEVAA TEORITIETOA:
1. Minkälaista tukea omaisen saa hoitohenkilökunnalta läheisen tehohoitojakson aikana?	Kysymykset: 14-46	Casarini ym. 2009, Johansson ym. 2005, Kattainen & Meriläinen 2004, Kettunen 1998, Koponen ym. 2008, Kuronen 2002, Mäkelä 2008, Mäkinen 2002, Pekurinen 2008, Ponkala ym. 1996, Rantanen 2009, Rintala 2007, Wählin ym. 2009.
2. Minkälaista tukea omaiset tarvitsevat läheisen tehohoitojakson aikana?	Kysymykset: 47-51	Azoulay ym. 2001, Johansson ym. 2005, Karjalainen & Ponkilainen 2008, Kaarlola 1998, Kettunen 1998, Kuronen 2002, Lehto ym. 2000, Mattila ym. 2009, Mäkelä 2008, Mäkinen 2002, Mäkinen & Routasalo 2003, Nevalainen ym. 2007, Nuutinen & Raatikainen 2005, Ponkala ym. 1996, Potinkara 2004, Ranta 2009, Wählin ym. 2009, Wasser ym. 2001, Åstedt-Kurki ym. 2001.
3. Minkälaiseksi omaisen kokee hyvinvointinsa läheisen tehohoitojakson aikana?	Kysymykset: 52-62	Azoulay ym. 2001, Casarini ym. 2009, Johansson ym. 2005, Karjalainen & Ponkilainen 2008, Kaarlola 1998, Kettunen 1998, Koponen ym. 2008, Kuronen 2002, Lehto 1997, Lehto ym. 2000, Mattila ym. 2009, Mäkelä 2008, Mäkinen 2002, Mäkinen & Routasalo 2003, Nevalainen ym. 2007, Nuutinen & Raatikainen 2005, Pekurinen 2008, Ponkala ym. 1996, Potinkara 2004, Ranta 2009, Rantanen 2009, Wählin ym. 2009, Wasser ym. 2001, Åstedt-Kurki ym. 2001.

4 Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät

4.1 Aineiston keruu ja otos

Seuraavassa opinnäytetyön osassa selvitetään millä menetelmillä ja miten opinnäytetyön aineisto kerättiin. Luvussa tuodaan esille myös otoksen koon määräytymiseen vaikuttanutta tietoa.

Erilaiset tutkimusaineistot ilmentävät merkityksiä eri tavoin ja niiden tulkinnassa noudatetaan erilaisia käytänteitä. Tutkimuskysymykset voivat täsmentyä joko ennen aineiston keruuta tai aineiston keruun aikana. Joissain tapauksissa aineisto saattaa myös olla jo olemassa ennen tutkimuskysymysten asettamista. Tärkein asia kaikissa näissä vaihtoehdoissa on kuitenkin se, että tutkimuskysymykset ja aineisto vastaavat toisiaan. (Moilanen & Räihä 2001, 51.) Kvantitatiivinen opinnäytetyö voidaan kuitenkin tehdä vasta siinä vaiheessa, kun tutkittava ilmiö on täsmentynyt (Kananen 2008, 10).

Teoreettinen viitekehys ja kysymyksenasettelu määräävät aineiston ja tutkimusmenetelmän valintaa (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 15). Tutkimusmenetelmää valittaessa opinnäytetyön tekijä joutuu pohtimaan, mikä on paras keino selvittää juuri kyseiset tutkimuskysymykset ja millä menetelmällä saadaan niihin mahdollisimman kattavat vastaukset. Perille päästäkseen tulee opinnäytetyön tekijän valita parhain ja sopivin menetelmä. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 44-45.) Opinnäytetyössä päädyttiin kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään, koska teho-osaston luonteesta johtuen ei etukäteen voida tietää, kenelle potilaalle ja koska tulee vierailijoita. Kvantitatiivisen opinnäytetyön tekijä pystyy myös paremmin hallitsemaan työn kulkua sekä käytännönjärjestelyin että ajallisesti.

Opinnäytetyö on pääasiassa kvantitatiivinen ja sen tarkoituksena on kuvailla omaisen kokemuksia hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana. Lisäksi avoimen kysymyksen avulla saatiin laadullista, tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa tietoa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville suurehkon otoksen edustama näkemys, jolloin kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttö on perusteltua.

Yksi perinteisimmistä tavoista kerätä tutkimusaineistoa on kyselylomake. Kyselyn muoto vaihtelee kohderyhmän ja kyselyn tarkoituksen mukaan. (Valli 2010, 103.) Tavallisesti kyselylomaketta käytetään, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja tutkimuksessa ollaan kinnostuneita häntä koskevista asioista, kuten mielipiteestä, käyttäytymisestä, ominaisuudesta tai asenteesta (Kananen 2008, 11; Vilkkä 2007, 28). Kyselyn etuna pidetään

sitä, että sen avulla saadaan laaja tutkimusaineisto. Kyselymenetelmä on myös tehokas, koska se säästää työn tekijän aikaa ja vaivannäköä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 184.)

Joskus opinnäytetyön tekijä on itse paikalla aineistonkeruussa, mutta aina paikalla ei ole valvojaa, jolloin vastaaja toimii itsenäisesti saamiensa ohjeiden mukaisesti. (Valli 2010, 103). Opinnäytetyössä kartoitettiin tehohoidossa olevan potilaan omaisen kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan tehohoitojakson aikana strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyötä varten kehitettiin oma mittari, joka koostuu omaisen hyvinvointiin liittyvien aikaisempien tutkimuksien esille tuomista kysymyksistä.

Tarkasteltaessa kyselylomakkeen hyödyntämistä aineistonkeruussa, postikysely on ehkä käytetyin ja perinteisin aineistonkeruumuoto. Postikyselyssä jätetään vastuu kyselyn toteuttamisesta vastaajalle itselleen, jolloin vastausohjeiden selkeys ja kysymysten yksiselitteisyys entisestään korostuu. Kyselyyn on myös helppo jättää vastaamatta, koska todellista kontaktia itse tutkijaan ei ole, eikä tutkija ole tutkittavalle useinkaan entuudestaan tuttu henkilö. (Valli 2010, 107.) Kuitenkin on todettu, että niillä menetelmillä, joissa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, saadaan kerättyä täydellisempi aineisto kuin niillä, joissa välitöntä kontaktia ei ole (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 67). Tässä opinnäytetyössä potilasta hoitava sairaanhoitaja antoi saatekirjeen ja kyselylomakkeen sydänkirurgisella teho-osastolla käyvälle potilaan omaiselle. Sairaanhoitaja kysyi samalla omaiselta suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja kertoi opinnäytetyön tarkoituksesta. Näin toimimalla pyrittiin varmistamaan, että kaikki ne omaiset, jotka antoivat suostumuksensa, myös vastaisivat kyselyyn. Kyselyä ei annettu niille omaisille, jotka eivät halunneet osallistua tutkimukseen.

Postikyselyn etu on se, ettei se ole sidottu maantieteellisesti. Tutkimukseen osallistuvat voivat asua missä päin tahansa ja silti voivat osallistua tutkimukseen. Tutkittava voi myös itse valita itselleen sopivimman ajan vastata kyselyyn, sillä vastaaminen ei ole niin aikaan sidottua. (Valli 2010, 107.) Meilahden sairaalan sydänkirurgisen osaston potilaat tulevat suunniteltuun leikkaukseen pääsääntöisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueelta, mutta elinsiirtopotilaat tulevat mistä tahansa päin Suomea. Koska opinnäytetyöhön otettiin mukaan kaikkien kaksi vuorokautta tai yli kaksi vuorokautta tehohoidossa olevien potilaiden omaiset, päädyttiin opinnäytetyön kyselylomakkeen palautuksen suhteen siihen, että tutkittavat voivat palauttaa kyselyn joko osastolle siellä käydessään tai postitse ollessaan kotonaan missä tahansa päin Suomea.

Määrällisessä tutkimuksessa otannan onnistuminen on keskeinen tekijä, koska opinnäytetyöstä saatuja tuloksia pyritään yleistämään perusjoukkoon. (Kananen 2008, 10; Valli 2010, 113.) Itse otannan koko riippuu perusjoukon koosta ja tutkittavasta ilmiöstä. Otoksen koko on

yleensä kuitenkin alle 20 prosenttia perusjoukosta. Tilastollisia menetelmiä käytettäessä on kuitenkin aina sitä parempi mitä isompi otoskoko on, jotta voidaan ilmiön suhteen tehdä varmempia yleistyksiä. (Valli 2001, 14.) Opinnäytetyön otos edusti harkinnanvaraista otosta perusjoukosta, jonka muodostivat kaksi tai yli kaksi vuorokautta teho-osastolla hoidossa olleen potilaan kaikki ne täysi-ikäiset omaiset, jotka kävivät aineiston keruun aikana katsomassa läheistään teho-osastolla.

Tarkasteltaessa Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastoja vuodelta 2008 nähdään, että potilaita leikattiin suunnitellusti eli elektiivisesti kuukausittain noin 80-90 ja päivystyksellisesti noin 10 potilasta. Tästä voidaan ajatella, että kuukausittain leikataan keskimäärin 90-100 potilasta. Vuonna 2009 potilaista toipui noin 69 prosenttia 1-2 päivässä vuodeosastokuntoisiksi. (Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot 2008 & 2009.) Tämän tiedon nojalla pääteltiin, että 100:sta potilaasta noin 30:llä potilaalla kuukaudessa, tulee tehohoitojakso kestävänsä kaksi tai yli kaksi vuorokautta. Opinnäytetyön aineiston keruu oli tarkoitus suorittaa kahdessa kuukaudessa, jolloin oletettiin noin 60 potilaan omaisten käyvän teho-osastolla läheistään katsomassa. Tämän tietämyksen perusteella päädyttiin siihen, että opinnäytetyöhön pyrittiin saamaan 50 tehohoidossa olevan potilaan omaisen vastaukset.

4.2 Mittarin kehittäminen

Tässä opinnäytetyön osassa selvitetään opinnäytetyössä käytetyn mittarin laadintaan liittyviä asioita. Mittarin kehittämistä lähestytään mitta-asteikon valintaan ja kyselylomakkeen validiteuteen liittyvistä näkökulmista.

Kyselytutkimuksessa opinnäytetyön tekijä joutuu usein tilanteeseen, jossa saatavilla ei olekaan testattua mittaria, joka mittaisi juuri haluttua ilmiötä. Tällöin joudutaan operationalisoimaan opinnäytetyössä käytettävät käsitteet mittariksi. Ennen mittaamista onkin tärkeää perehtyä aikaisempiin tutkimuksiin ilmiöstä, jotta löydetään ilmiön keskeisimmät käsitteet. (Metsämuuronen, 2003, 41; Valli 2001, 28.) Opinnäytetyön kyselylomakkeen lähtökohtana on tutkimuskysymykset (Kananen 2008, 14). Itse kerättävän aineiston etu on siinä, että työn tekijä saa itse päättää sen muodosta ja sisällöstä tutkimuskysymystensä pohjalta (Alkula ym. 2002, 66). Opinnäytetyössä rakennettiin oma mittari, koska omaisen hyvinvointia ja tuen saantia kartoittavaa mittaria ei ollut saatavilla.

Kysymykset luovat perustan kvantitatiivisen opinnäytetyön onnistumiselle, joten kysymysten tekemisessä ja muotoilemisessa täytyy olla huolellinen. Kysymysten perustana tulee olla opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimusongelmat. (Kananen 2008, 11; Valli 2001, 28-29.) Kysymysten tulee olla tarkkoja ja yksiselitteisiä, jotta virhetulkinnoilta vältytään. Vasta, kun tutkimusongelmat ovat täsmentyneet, lähdetään aineistoa keräämään, koska silloin tiedetään minkälaista tietoa aineistonkeruulla pyritään löytämään. (Kananen 2008, 10; Valli 2010, 103-104.)

Usein kyselylomake aloitetaan taustakysymyksillä, jotka toimivat samalla lämmittely-kysymyksinä. Nämä kysymykset ovat mahdollisesti kyselyn taustamuuttujia eli tutkittavaa ominaisuutta tarkastellaan niiden suhteen. Taustakysymysten jälkeen edetään helppojen kysymysten kautta vaikeampiin ja mahdollisesti myös arkoihin kysymyksiin. Lopuksi taas kevennetään kysymyksiä kyselyn loppua kohden. (Valli 2010, 104-105.)

Kysymykset ja vastausvaihtoehdot on hyvä muotoilla vastaajalle henkilökohtaisempaan muotoon, jolloin lomakkeeseen vastaaminen tuntuu luonnollisemmalta ja henkilökohtaisemmalta (Valli 2001, 30). Opinnäytetyössä kysyttiin kyselylomakkeen alussa sekä potilaaseen että omaiseen liittyviä taustakysymyksiä, jonka jälkeen siirryttiin hieman enemmän pohtimista vaativiin kysymyksiin. Kyselyn loppuun pyrittiin laittamaan nopeammin vastattavia kysymyksiä, jotta vastaajan mielenkiinto ja kärsivällisyys säilyisivät kyselyn loppuun asti.

Valmiita vastausvaihtoehtoja käytetään usein esimerkiksi taustatietojen kartoittamiseen, jolloin tiedetään ennakolta millaisia vastauksia tutkittavat tuottavat. Valmiissa vastausvaihtoehdoissa on tärkeää, että vastaajalle löytyy aina sopiva tai oikea vastausvaihtoehto. (Valli 2010, 125.) Tämän takia opinnäytetyössä kartoitettiin sekä omaisen että potilaan taustatietoja valmiilla vastausvaihtoehdoilla, mutta joissain vastausvaihtoehdoissa oli myös kohta muu, mikä?, jotta kyselyyn vastannut löysi itselleen parhaimman vastausvaihtoehdon.

Avointen kysymysten vastauksien etuna on se, että vastaajien mielipide saadaan paremmin esille sekä se, että vastausten joukosta voi nousta jotain hyviä ideoita (Hirsjärvi ym. 2005, 190; Valli 2010, 126). Opinnäytetyön jokaisen kysymyskokonaisuuden yhteyteen laitettiin avoin kysymys, johon vastaaja pystyi kirjoittamaan, jos hän halusi tuoda esille vielä jotain muuta asiaan liittyvää.

Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake oli tehty tätä työtä varten. Kyselylomake koostui omaisen hyvinvointiin ja tuen saantiin liittyvien aikaisempien tutkimuksien esille tuomista kysymyksistä. Kyselylomakkeessa oli sekä potilaan että omaisen taustatietoja kartoittavia

kysymyksiä, omaisen tuen saantia ja tarvetta kartoittavia kysymyksiä sekä omaisen hyvinvointia kartoittavia kysymyksiä. (Taulukko 2. Kts. myös Taulukko 1.)

Taulukko 2. Opinnäytetyön muuttujat ja niitä selvittävät kysymykset lomakkeessa.

MUUTTUJA	KYSYMYSTEN NUMEROT
Potilaan taustatiedot	1, 2, 3, 4.
Omaisen taustatiedot	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.
Tiedollinen tukeminen	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.
Emotionaalinen tukeminen	24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.
Henkinen tukeminen	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37.
Konkreettinen tukeminen	38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46.
Tuen tarve	47, 48, 49, 50, 51.
Omaisen vointi	52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62.

4.2.1 Mitta-asteikon valinta

Kyselylomakkeessa voidaan kysyä samoja asioita monella eri tavalla, kuten valmiilla vastausvaihtoehdoilla, avoimilla kysymyksillä tai käyttämällä esimerkiksi järjestysasteikollisia mittareita. Järjestysasteikollisia mittareita ovat muun muassa Flechen asteikko, VAS-mittari, semanttinen differentiaali ja Likertin asteikko. (Valli 2010, 117.) Yksi käytetyimmistä ja sopivimmista asenteiden ja mielipiteiden mittaukseen soveltuvista asteikoista on Likertin asteikko (Metsämuuronen 2003, 71; Vilka 2007, 46).

Alunperin Likertin asteikossa oli vastausvaihtoehtoja seitsemän, mutta nykyisin käytetään mittaamisen yhteydessä myös viisi- ja yhdeksänportaisia asteikkoja. Joskus tutkimuksissa on jätetty pois keskimäinen, neutraali, esimerkiksi en osaa sanoa -luokka. Tätä perustellaan muun muassa sillä, että vastaajat ottavat kantaa paremmin, kun tällaista vaihtoehtoa ei ole. (Valli 2010, 118-119.) Opinnäytetyössä kartoitettiin omaisen tiedollista-, emotionaalista-, henkistä- ja konkreettista tuen saantia sekä omaisen hyvinvointia Likertin viisiportaisen mitta-asteikon avulla. Likertin asteikkoa päädyttiin käyttämään, koska se on suositeltavaa nimenomaan mielipidettä ja kokemuksia kartoittavissa kyselyissä, kun taas Flechen asteikko sopii paremmin esimerkiksi lasten mielipiteiden tutkimiseen.

Luokan *en osaa sanoa* vastausvaihtoehdon sijoittamisella on suuri merkitys tutkimustuloksiin, mikäli aineistoa tarkastellaan muutenkin kuin kertomalla, montako kutakin vastausvaihtoehtoa aineistossa esiintyi. Joskus tämä vastausvaihtoehto on koodattu arvoilla 1 tai 5 ja sijoitettu joko mittarin alkuun tai loppuun. Tämä on kuitenkin virheellinen tapa, koska sen sijoittaminen muualle kuin keskelle mittaria, suurentaa tai pienentää kaikkien matemaattisten laskutoimitusten arvoja eli vääristää tuloksia. Jos vastaajalla ei ole kyseisestä asiasta mielipidettä ja hän on valinnut *en osaa sanoa* -vaihtoehdon, niin tällöin sen sijoittaminen mielipiteiden keskelle on oikein. (Valli 2001, 160.) Tässä opinnäytetyössä Likertin asteikko koodattiin arvoilla 1-5, jossa arvo yksi tarkoittaa *täysin eri mieltä* ja arvo viisi *täysin samaa mieltä*. Luokka *en samaa, enkä eri mieltä* sijoitettiin mittarin keskelle ja se sai arvon kolme, mikä on yleisesti hyväksytty ja oikeaoppinen tapa. Luokka *en samaa, enkä eri mieltä* otettiin mukaan mittariin, koska oletettavaa oli, ettei kaikilla omaisilla ollut kaikista mittarissa kysyttävistä asioista omakohtaista kokemusta.

4.2.2 Kyselylomakkeen validius

Opinnäytetyössä käytetty mittari oli kehitetty tätä tutkimusta varten, koska aiheeseen liittyvää valmista mittaria ei ollut saatavilla. Ennen mittarin laadintaa opinnäytetyön tekijä perehtyi omaisen hyvinvoinnin tukemiseen liittyvään aikaisempaan tutkimustietoon ja kirjallisuuteen, josta nousseiden kysymysten pohjalta mittari kehitettiin.

Ennen uuden mittarin käyttöönottoa tulee sen toimivuutta arvioida tarkasti: miten mittari on kehitetty, mitä se mittaa ja miten sitä käytetään. (Kananen 2008, 12). Nancy Burns ja Susan K. Grove (2001) ovat kehittäneet mittarin arviointikriteeristön, joka sisältää kymmenen kysymystä, joihin tutkijan tulisi vastata ennen lopullista mittarin valintaa tai käyttöönottoa. Nämä kysymykset ovat: 1) Mittaako mittari sitä, mitä sinä haluat mitata?, 2) Onko mittaria käytetty aikaisemmin samantyyppisessä tutkimusjoukossa?, 3) Kuvastaako mittari sinun käsitystäsi mitattavan ilmiön käsitteellistämisestä?, 4) Miten mittarin voi saada?, miten sitä käytetään? ja pisteytetään?, 5) Onko mittari rakennettu hyvin?, 6) Ovatko sanamuodot ymmärrettäviä tutkimusjoukolle?, 7) Kuinka paljon vastaaminen vie aikaa ja kauanko tutkijalta kuluu aikaa tietojen käsittelyyn?, 8) Mitä taitoja mittarin käytössä tarvitaan?, 9) Mitä näyttöä on saatavilla mittarin reliabiliteetista ja validiteetista? sekä 10) Kuinka herkkä mittari on mittaamaan pieniä muutoksia?. (Burns & Grove 2001, 442.) Opinnäytetyössä on pyritty vastaamaan näihin Burns ja Groven mittariin liittyviin kysymyksiin ennen mittarin käyttöönottoa, jotta mittarin validius olisi mahdollisimman hyvä.

Onnistunut kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake on perusta luotettavalle ja laadukkaalle määrälliselle opinnäytetyölle. Sen tärkeimmät vaiheet ovatkin lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus. (Vilkka 2007, 78.) Itse tehty mittari tulee aina

esitestata ennen käyttöönottoa. Esitestauksella katsotaan olivatko vastausohjeet selkeät ja kysymykset yksiselitteisiä ja oliko mittari sopivan pituinen vai esimerkiksi liian pitkä. Saadun palautteen avulla voidaan mittaria vielä kehittää ennen varsinaista aineiston keruuta. Esitestauksessa saatujen vastausten perusteella voidaan laskea Cronbachin alfakerroin ja arvioida mittarin reliabiliteettia. Tutkimuslomakkeen huolellinen suunnittelu ja esitestaus takaavat sekä onnistuneen tutkimuksen että säästävät myöhemmässä vaiheessa turhalta työltä. (Vastamäki 2010, 138-139.)

Kun opinnäytetyön tekijä ei ole itse paikalla, tärkeäksi tekijäksi kyselyn onnistumisen kannalta muodostuu vastausohje. Vastausohjeen tulee olla sekä lyhyt että selkeä ja se tulee esittää samassa muodossa kaikille vastaajille. (Valli 2010, 109.) Juuri koskaan ei saada kaikilta tutkittavilta vastauksia, sillä tutkimuksiin osallistuminen on aina vapaaehtoista ja jotkut eivät esimerkiksi sairauden takia kykene tai halua vastata. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 139.) Opinnäytetyön mittarin saatekirje ja vastausohjeet koettiin esitestauksessa selkeiksi ja ymmärrettäviksi, joten niiden ei pitäisi vaikuttaa negatiivisesti kyselyyn vastaamiseen. Opinnäytetyön kyselylomake annettiin vain niille omaisille, jotka osoittivat haluavansa osallistua tutkimukseen - vastaavasti ne omaiset, jotka eivät halunneet osallistua tutkimukseen, eivät myöskään saaneet kyselylomaketta.

Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake esitettiin kolmella tehohoitopotilaan omaisella, kun läheisen tehohoitoaika oli kestänyt yli kaksi vuorokautta. Esitestaus suoritettiin Meilahden sairaalassa, sydänkirurgisen teho-osaston tiloissa niin, että tutkija itse oli paikalla, kun omainen vastasi kyselyyn. Tällöin omaisella oli mahdollisuus antaa mittariin liittyvää palautetta heti kyselylomakkeen täytön yhteydessä. Esitestauksessa tuli esille, että vastaajat kokivat kyselylomakkeen kysymykset selkeinä ja yksiselitteisinä. Vastaajat antoivat suullista palautetta tutkittavaan aiheeseen liittyen, mutta valitettavasti esitestauksen tietoja ei voida käyttää varsinaisessa tutkimuksessa. Kyselylomakkeen vastaamiseen kului vastaajilta aikaa noin 15-30 minuuttia. Luultavasti vastaaminen oli hidasta, koska tutkija itse oli paikalla ja vastaajilla oli kysymyksien jälkeen jonkin verran puhumista aiheeseen liittyen. Esitestauksen pohjalta mittariin ei tehty mitään muutoksia.

4.3 Aineiston analyysi

Seuraavaksi opinnäytetyössä keskitytään kyselylomakkeella saadun aineiston analyysiin. Luvussa tarkastellaan analyysi -menetelmän valintaan liittyviä näkökulmia sekä selostetaan aineiston analyysin tekemistä.

Kadon suuruuteen vaikuttavat monet eri asiat, kuten esimerkiksi lomakkeen pituus ja aiheen kiinnostavuus. Kun aineisto on kerätty, on tärkeää, että ennen aineiston analyysiä

analysoidaan vastaamatta jättämistä, koska harvoin vastaamatta jättäminen on sattumanvaraista. (Alkula ym. 2002, 140.)

Suurten aineistomäärien käsittely tietokoneohjelmalla tuo aineiston analysointiin suuren edun, sillä muutoin työskentely ison paperimäärän kanssa saattaisi olla hankalaa ja haasteellista. Tietokoneohjelman avulla aineiston hallinta helpottuu ja analyysiprosessi selkiytyy opinnäytetyön tekijälle. Tietokoneohjelman käyttäminen opinnäytetyössä tekee työstä myös uskottavamman ja vakuuttavamman. (Rantala 2001, 88-89.) Tietokoneohjelman käyttö voi lisätä aineistoon sekä systemaattista tarkkuutta että luovuutta, koska ohjelmien varsinaiset analyysityökalut voivat toimia inspiraation lähteinä ja ahaa-elämysten tuottajina. Tietokoneohjelmat mahdollistavat myös määrällisen ja laadullisen aineiston yhdistämisen ja tiedon siirtämisen eri ohjelmien välillä. Haittapuolena tietokoneohjelmien käytössä on se, että ohjelmien opettelu vaatii aikaa ja tutkijan mielenkiintoa tietokoneella työskentelyä kohtaan. Tietokoneohjelmat myöskin vanhentuvat nopeasti ja ovat usein maksullisia. (Rantala 2001, 89.)

Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä katsotaan aineistosta ensimmäiseksi, kuinka yksittäiset muuttujat ovat jakautuneet. Luokiteltujen muuttujien prosenttijakaumat ja jatkuvien muuttujien keskihajonta, keskiarvot ja mahdollisesti huipukkuus- ja vinouslukujen tulostaminen paljastavat erilaisia asioita. Minimi- ja maksimiarvoja on myös hyvä tarkastella esimerkiksi SPSS for Windows -ohjelmalla. Määriteltyjen arvojen ulkopuolelle sijoittuvat arvot tekevät järjestelmätiedostoon puuttuvia arvoja. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 151.) Tutkimusaineisto tulee syöttää tietokoneohjelmaan mahdollisimman huolellisesti, jottei jo tietojen syöttövaiheessa tule virheitä. Myöskin tietojen tarkistamiseen tulee varata riittävästi aikaa, koska esimerkiksi väärät lukemat voivat antaa virheellisen kuvan opinnäytetyön tuloksista.

Ennen opinnäytetyön aineiston analyysin aloitusta kyselylomakkeet numeroitiin. Tämän jälkeen aineisto tallennettiin Microsoft Excel -tiedostoon, josta se siirrettiin analysointia varten PASW Statistics 18 tilasto-ohjelmaan. Analysoinnin aluksi tarkasteltiin muuttujien suoria jakaumia mahdollisten tallennusvirheiden korjaamiseksi. Opinnäytetyön kuvailu suoritettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi- ja prosenttilukuja sekä numeerisista muuttujista keskiarvoa ja keskihajontaa. Avoimen kysymysten vastaukset tuotiin esiin sellaisinaan ja niiden tarkoituksena oli havainnollistaa ja rikastuttaa aineistoa. Tulosten esittämisessä käytettiin erilaisia havainnollistavia taulukoita ja kuvioita.

Kyselylomakkeessa kartoitetuista tuen eri muodoista muodostettiin summamuuttujia, jolloin muuttujista tuli myös jatkuvia. Näin ollen summamuuttujien sisäistä kiinteyttä pystyttiin testaamaan Cronbachin alfalla. (Taulukko 3.) Alin hyväksyttävä alfan arvo on yleisesti 0,60.

Jos alfa jää reilusti alle 0,60 tulisi opinnäytetyön tekijän tarkastella aineistoaan ja mahdollisesti poistaa sieltä jokin osio, jolloin alfa -arvon saa nousemaan. (Metsämuuronen 2003, 443.) Opinnäytetyön koko mittarin Cronbachin alfakerroin oli 0,840, jolloin voidaan todeta, että mittari oli kokonaisuudessaan luotettava. Myös yksittäisiä summamuuttujia tarkasteltaessa saadut alfa -arvot olivat hyvät (henkinen tuki, tiedollinen tuki) ja jossain jopa korkea (emotionaalinen tuki).

Taulukko 3. Summamuuttujien tunnusluvut omaisten kokemassa tuessa.

KOETTU TUKI	OSIOIDEN MÄÄRÄ	ka	min	max	alfa
Tiedollinen tuki	10	4,51	4,05	4,85	0,717
Emotionaalinen tuki	7	4,18	3,79	4,89	0,871
Henkinen tuki	7	4,38	3,68	4,80	0,667
Konkreettinen tuki	9	4,03	3,51	4,97	0,731

Kun opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita kahden muuttujan yhteydestä, voidaan sen selvittämisessä käyttää ristiintaulukointia (Alkula ym. 2002, 175; Kananen 2008, 44). Ristiintaulukoinnin yksinkertaisin muoto on niin sanottu nelikenttä, jossa molemmista muuttujista on vain kaksi luokkaa. Tällainen taulukko on selkeä, mutta siinä on luonnollisesti vähemmän tietoa kuin isommassa taulukossa. Isomman taulukon huono puoli on taas siinä, että olennainen tieto voi ikään kuin hukkuu liikaa informaatioon. (Valli 2001, 165-166.) Taustamuuttujien yhteyttä saatuihin tuloksiin tarkasteltiin tässä opinnäytetyössä ristiintaulukoinnin avulla.

Toinen ristiintaulukointiin liittyvä kysymys on, että milloin tietoa kannattaa esittää frekvensseinä ja milloin prosentteina. Kun on aineisto, jossa havaintoja on vähän, kannattaa aina mainita prosenttiosuuksien rinnalla frekvenssit. Ja jos kyseessä on suuri aineisto, havaintoyksikköjä vähintään 100 riittää, että aineisto raportoidaan prosenttiosuuksina. Tällöin yhden havainnon vaikutus prosenttiosuuteen ei ole kovinkaan suuri. (Kananen 2008, 42; Valli 2001, 166.) Koska opinnäytetyön aineisto koostuu alle 100 vastauksesta, päädyttiin myös ristiintaulukoinnin tulokset raportoimaan sekä prosenttiosuuksina että frekvensseinä.

Puuttuvat tiedot kyselylomakkeissa joko otetaan mukaan analyysiin omana luokkana tai jätetään pois analyysistä. Tällainen asia täytyy tarkastella aina tilannekohtaisesti. Aineisto ei parane, vaikka puuttuva tieto korvattaisiinkin muulla arvolla. Kuitenkin pienissä aineistoissa voi suuri määrä puuttuvia tietoja vaikeuttaa huomattavasti analyysin tekoa, koska samalla

myös käyttökelpoisten havaintojen määrä pienenee. (Alkula ym. 2002, 155.) Opinnäytetyössä otettiin kaikki palautetut kyselylomakkeet mukaan analyysiin, koska lomakkeissa olleet puuttuvat tiedot hajautuivat tasaisesti eri lomakkeisiin. Kyselylomakkeiden puuttuvia tietoja ei myöskään korvattu millään toisella arvolla, vaan tyydyttiin siihen, että kyseessä oleva vastaus puuttui.

4.4 Opinnäytetyöhön osallistuneet ja vastaamisaktiivisuus

Seuraavaksi opinnäytetyössä tuodaan esille opinnäytetyön vastausprosentti sekä opinnäytetyöhön osallistuneiden omaisten taustatietoja. Tämän jälkeen tarkastellaan kyselyyn vastanneiden omaisten tehohoidossa olleiden läheisten taustatietoja. Tuloksia tuodaan ensin esille sanallisesti ja tämän jälkeen vielä tiivistetysti taulukossa.

Omaisien hyvinvointia kartoittavia kyselylomakkeita jaettiin Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla käyville omaisille yhteensä 50 kappaletta. Jaetuista kyselylomakkeista palautui opinnäytetyön tekijälle 42 kappaletta, joten vastausprosentiksi tuli 79%. Kyselyyn vastasi siis yhteensä 42 tehohoidossa olevan potilaan täysi-ikäistä omaista. Kyselyyn vastanneista omaisista naisia oli 26 (61,9%) ja miehiä 16 (38,1%). Omaisista nuorimmat olivat syntyneet vuonna 1991 eli he olivat noin 20 -vuotiaita ja iäkkäin omaisen oli syntynyt vuonna 1930 eli hän oli noin 81 -vuotias (keskiarvo = 1953, SD = 15,36). Vastanneista noin puolet (n=22, 52,4%) oli tehohoidossa olevan potilaan avo- tai aviopuolisoita, kun taas potilaan lapsia vastanneista oli kahdeksan (19,0%). Muut vastaajat olivat potilaan vanhempia (n=4, 9,5%) ja muita omaisia, kuten veli, veljen vaimo, veljen lapsi, sisar, miniä ja ystävä. Omaisista suurimmalla osalla (n=35, 83,3%) ei ollut enää alaikäisiä huollettavia.

Kyselyyn vastanneiden koulutustasoa tarkasteltaessa kävi lomakkeista ilmi, että 45,2% (n=19) omaisista oli suorittanut opistotason tutkinnon ja 33,3% (n=14) koulutason tutkinnon. Ilman ammattikoulutusta oli viisi (11,9%) omaista ja yliopistollisen tutkinnon suorittaneita omaisia oli kolme (7,1%). Omaisista lähes puolet 47,6% (n=20) oli aineiston keruun aikana työelämässä ja saman verran omaisia oli eläkkeellä (n=20, 47,6%). Yksi vastaajista toi esille olevansa aineiston keruu hetkellä työttömänä ja yksi omaisista opiskeli.

Omaisista puolella (n=21, 50,0%) oli 6-20 kilometrin pituinen matka sairaalaan. Toiseksi eniten oli omaisia, jotka tulivat sairaalaan yli 50 kilometrin päästä (n=14, 33,3%) ja kolmanneksi eniten oli 21-50 kilometrin päästä (n=5, 11,9%) tulevia omaisia. Vähiten oli omaisia (n=2,

4,8%), joilla oli alle viiden kilometrin pituinen matka sairaalaan. Suurin osa omaisista (n=24, 57,1%) ilmoitti käyvänsä katsomassa läheistään sydänkirurgisella teho-osastolla päivittäin. 38,1% (n=16) omaisista kävi teho-osastolla 1-3 kertaa viikossa ja 4,8% (n=2) tätä harvemmin. Vierailut teho-osastolla kestivät pääsääntöisesti 16-45 minuuttia (n=23, 54,8%). Yli 45 minuuttia ilmoitti vierailujen kestävän 13 omaista (31%) ja alle 15 minuuttia vierailivat kuusi (14,3%) omaista. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Opinnäytetyöhön osallistuneiden omaisten taustatiedot.

Taustamuuttuja	n	%	Yht.
Sukupuoli			
Nainen	26	61,9%	N= 42, 100%
Mies	16	38,1%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Ikä			
< 40	6	14,2%	N= 42, 100%
40-55	12	28,4%	
56-70	16	38,4%	
70 <	8	19,2%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Suhde potilaaseen			
Puoliso	22	52,4%	N= 42, 100%
Vanhempi	4	9,5%	
Lapsi	8	19,0%	
Jokin muu	7	16,7%	
Puuttuvia vastauksia	1	2,4%	
Elämäntilanne			
Työelämässä	20	47,6%	N= 42, 100%
Eläkkeellä	20	47,6%	
Työtön	1	2,4%	
Jokin muu	1	2,4%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Koulutus			
Ei ammattikoulutusta	5	11,9%	N= 42, 100%
Koulutason tutkinto	14	33,3%	
Opistotason tutkinto	19	45,2%	
Yliopistotason tutkinto	3	7,1%	
Puuttuvia vastauksia	1	2,4%	
Alaikäisiä huollettavia			
Kyllä on	7	16,7%	N= 42, 100%
Ei ole	35	83,3%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Matka sairaalaan			
alle 5 km	2	4,8%	N=42, 100%
6-20 km	21	50,0%	
21-50 km	5	11,9%	
yli 50 km	14	33,3%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Vierailukäyntien tiheys			
Päivittäin	24	57,1%	N= 42, 100%
1-3 kertaa viikossa	16	38,1%	
Harvemmin	2	4,6%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Vierailujen kesto			
alle 15 min.	6	14,3%	N= 42, 100%
16-45 min.	23	54,8%	
Yli 45 min.	13	31,0%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	

Opinnäytetyöhön osallistuneiden omaisten läheisistä 54,8% (n=23) oli miehiä ja 45,2% (n=19) naisia. Nuorin tehohoidossa olevista läheisistä oli syntynyt vuonna 1977, eli hän oli noin 34 -vuotias ja iäkkäin läheinen oli vuonna 1923 syntynyt, eli noin 88 -vuotias (keskiarvo = 1944, SD = 13). Kyselyyn vastanneiden omaisten läheisen leikkaus oli ollut yli puolessa tapauksista (n=25, 59,5%) ennalta suunniteltu eli elektiivinen ja päivystysleikkaus oli tehty 13 (31,0%) tapauksessa.

Kyselyyn vastanneiden omaisten läheisen tehohoitojakso oli vastaushetkellä pääsääntöisesti kestänyt 3-7 vuorokautta (n=20, 47,6%). Yhdeksässä (21,4%) tapauksessa hoitoaika oli kestänyt 1-3 vuorokautta ja seitsemässä (16,7%) tapauksessa 1-2 viikkoa. Neljässä (9,5%) tapauksessa läheisen tehohoito oli kestänyt jo yli kaksi viikkoa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Tehohoidossa olleiden läheisten taustatiedot.

Taustamuuttuja	n	%	Yht.
Sukupuoli			
Nainen	19	45,2%	N= 42, 100%
Mies	23	54,8%	
Puuttuvia vastauksia	-	-	
Ikä			
< 40	3	7,1%	N=42, 100%
40-55	3	7,1%	
55-70	19	45,3%	
70<	15	35,7%	
Puuttuvia vastauksia	2	4,8%	
Leikkauksen luonne			
Ennalta suunniteltu	25	59,5%	N=42, 100%
Päivystysleikkaus	13	31,0%	
Puuttuvia vastauksia	4	9,5%	
Läheisen hoitoajan kesto			
1-3 vrk	9	21,4%	N=42, 100%
3-7 vrk	20	47,6%	
1-2 viikkoa	7	16,7%	
yli 2 viikkoa	4	9,5%	
puuttuvia vastauksia	2	4,8%	

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Omaisen tuen tarve ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki

Seuraavaksi opinnäytetyössä tuodaan esille omaisten tuen tarpeita (Taulukko 6.) ja kokemuksia siitä, minkälaista tukea he saivat Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-

osaston hoitohenkilökunnalta läheisen tehohoitojakson aikana (Taulukot 7-10.). Tulokset esitetään ensin tiivistetysti taulukoissa ja tämän jälkeen vielä aukikirjoitettuina. Tässä opinnäytetyön osassa haetaan vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin: Minkälaista tukea omaiset tarvitsevat läheisen tehohoitojakson aikana? ja Minkälaista tukea omaisen saa hoitohenkilökunnalta läheisen tehohoitojakson aikana?.

Taulukko 6. Omaisen tuen tarve teho-osastolla.

Muuttuja	Täysin samaa mieltä n (%)	Osittain samaa mieltä n (%)	En samaa enkä eri mieltä n (%)	Osittain eri mieltä n (%)	Täysin eri mieltä n (%)	Puuttuvat vastaukset n (%)	Yht. N (%)
Enemmän tietoa läheiseen liittyen	n= 10 (23,8%)	n= 10 (23,8%)	n= 4 (9,5%)	n= 12 (28,6%)	n= 5 (11,9%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Enemmän myötäelämistä	n= 17 (40,5%)	n= 7 (16,7%)	n= 8 (19,0%)	n= 8 (19,0%)	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Enemmän lohdutusta	n= 18 (42,9%)	n= 6 (14,3%)	n= 10 (23,8%)	n= 5 (11,9%)	n= 1 (2,4%)	n= 2 (4,8%)	N= 42 (100%)
Enemmän tietoa käytännön asioista	n= 19 (45,2%)	n= 6 (14,3%)	n= 8 (19,0%)	n= 7 (16,7%)	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Enemmän tukea omaan vointiin	n= 18 (42,9%)	n= 5 (11,9%)	n= 12 (28,6%)	n= 5 (11,9%)	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että kyselyyn vastanneista omaisista noin neljäsosa (n=10, 23,8%) oli sitä mieltä, että he olisivat tarvinneet hoitohenkilökunnalta enemmän tietoa läheiseensä liittyen. Omaisista kymmenen (23,8%) olisi tarvinnut jonkin verran enemmän läheistään koskevaa tietoa. Kaksitoista (28,6%) omaista oli kokenut saavansa jokseenkin hyvin läheiseensä liittyvää tietoa. Viisi (11,9%) vastaajaa koki, että he eivät tarvinneet enempää tietoa läheisensä tehohoitoon liittyen ja näin ollen olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon. Eräs omainen oli tyytyväinen hoitohenkilökunnalta saamaansa tietoon, koska hänen läheisensä vointi oli kohtuullisen hyvä ja hän koki läheisensä saavan teho-osastolla parasta mahdollista hoitoa:

”Omaiseni vointi on tällä hetkellä suht stabiili, eli kauheaa hätää ei tällä hetkellä ole. Lisäksi hän on parhaissa mahdollisissa käsissä, missä voi olla” (L 15.)

Omaisista 40,5% (n=17) oli kokenut tarvitsevensa hoitajilta enemmän myötäelämistä. Omaisista 16,7% (n=7) ilmoitti olevansa jokseenkin tyytymätön hoitajilta saamaansa myötäelämiseen. Kyselyyn vastanneista omaisista 19,0% (n=8) oli osittain tyytyväisiä hoitajilta saamaansa myötäelämiseen. Yksi (2,4%) omainen koki saaneensa hoitajilta riittävästi myötäelämistä. Omaisets kuvasivat tyytyväisyyttään ja tyytymättömyyttään hoitajien myötäelämiseen seuraavanlaisesti:

”Mistä on valikoitunutkin näin taitava, sympaattinen henkilökunta. Myötäelämisen taito on olivertainen. Kiitos” (L 3.)

”Tehon ovesta sisään astuttuaan toimiva ja järkevö omainen menee helposti regressioon. Suru, huoli, pienuuden tunne. Toivoin hoitajan tulevan omaisten huoneeseen, koskettavan olkapäätä ja kysyvän haluaisinko kysyä jotain. Tosin silloin olisin purskahtanut itkuun...” (L 12.)

Suurin osa (n=24, 57,2%) kyselyyn vastanneista omaisista oli kokenut tarvitsevensa hoitajilta joko paljon enemmän (n=18, 42,9%) tai jonkin verran enemmän (n=6, 14,3) lohdutusta. Jokseenkin tyytyväisiä saamaansa lohdutukseen ilmoitti olevansa viisi (11,9%) omaista. Yksi (2,4%) omainen oli täysin tyytyväinen saamaansa lohdutukseen ja hän perusteli tyytyväisyyttään sillä, että hänellä oli läheisiä ihmisiä ympärillä lohduttamassa:

”Itselläni on sukulaisia ympärillä, etten kaivannut hoitajien lohdutusta” (L 35.)

Suurin osa (n=19, 45,2%) kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että he olisivat tarvinneet teho-osastolla enemmän tietoa käytännön asioista. 14,3% (n=6) vastaajista oli osittain samaa mieltä ja 19,0% (n=8) omaisista ei ollut asian suhteen samaa eikä eri mieltä. Yksi (2,4%) omaisista oli kokenut saaneensa käytäntöön liittyvää tietoa riittävästi ja seitsemän (16,7%) vastaajan mielestä käytännön asioihin liittyvää tietoa oli saanut jokseenkin riittävästi. Eräs omainen toi esille riittämättömän käytännön asioihin liittyvän tiedon saannin näin:

”Pääasiallisen yhteydenpidon suoritti äitini, mutta ehkä jokin kirjallinen ohjelappunen voisi olla hyvä, jossa mainitaan milloin on hyvä aika soittaa, käydä...” (L 38.)

Noin puolet (n=18, 42,9%) kyselyyn vastanneista omaisista olisi tarvinnut hoitohenkilökunnalta enemmän tukea omaan vointiinsa liittyen. Viisi (11,9%) omaista koki saaneensa omaan vointiinsa liittyvää tukea jokseenkin hyvin. Vain yksi (2,4%) omainen oli täysin tyytyväinen hoitohenkilökunnalta saamaansa tukeen.

5.1.1 Omaisen tiedollinen tukeminen

Seuraavassa luvussa tarkastellaan hoitohenkilökunnan antamaa tiedollista tukea omaisten kokemana. Tiedollisen tuen tuloksia käydään läpi taulukossa (Taulukko 7.) tuomalla esille jokaisen muuttujan frekvenssi ja prosenttiosuudet kyseisestä muuttujasta. Taulukon jälkeen kerrotaan taulukon sisällöstä vielä tarkemmin sanallisessa muodossa.

Taulukko 7. Omaisen kokemukset tiedollisen tuen saannista.

Muuttuja	Täysin samaa mieltä n (%)	Osittain samaa mieltä n (%)	En samaa enkä eri mieltä n (%)	Osittain eri mieltä n (%)	Täysin eri mieltä n (%)	Puuttuvat vastaukset n (%)	Yht. N (%)
Saanut riittävästi tietoa läheisen hoidosta	n= 26 (61,9%)	n= 15 (35,7%)	–	n= 1 (2,4%)	–	–	N= 42 (100%)
Saanut riittävästi tietoa läheisen voinnista	n= 31 (73,8%)	n= 11 (26,2%)	–	–	–	–	N= 42 (100%)
Saanut riittävästi tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista	n= 15 (35,7%)	n= 19 (45,2%)	n= 5 (11,9%)	n= 3 (7,1%)	–	–	N= 42 (100%)
Saanut riittävästi tietoa jatkosuunnitelmista	n= 22 (52,4%)	n= 12 (28,6%)	n= 4 (9,5%)	n= 3 (7,1%)	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Saanut tietoa aina halutessaan	n= 31 (73,8%)	n= 8 (19,0%)	n= 1 (2,4%)	–	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Saanut samanlaista tietoa hoitajilta ja lääkäreiltä	n= 26 (61,9%)	n= 6 (14,3%)	n= 8 (19,0%)	–	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Tieto on ollut rehellistä	n= 35 (83,3%)	n= 5 (11,9%)	n= 1 (2,4%)	–	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Kerrottu ymmärrettävällä kielellä	n= 31 (73,8%)	n= 10 (23,8%)	n= 1 (2,4%)	–	–	–	N= 42 (100%)
Tietoa antanut ensisijaisesti läheisen hoitaja	n= 36 (85,7%)	n= 5 (11,9%)	–	–	n= 1 (2,4%)	–	N= 42 (100%)
Ollut mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa	n= 25 (59,5%)	n= 2 (4,8%)	n=12 (28,6%)	–	n= 3 (7,1%)	–	N= 42 (100%)

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että omaisista suurin osa (n=26, 61,9%) koki saaneensa sydänkirurgisella teho-osastolla riittävästi tietoa läheisensä hoidosta. Jokseenkin hyvin tietoa sai 15 (35,7%) omaista ja yksi (2,4%) omaisen koki saaneensa läheisensä hoitoon liittyvää tietoa heikosti. Tehohoidossa olevan läheisen voinnista saivat omaiset pääasiallisesti riittävästi tietoa, (n=31, 73,8%) kun taas jokseenkin hyvin tietoa koki saaneensa 11 (26,2%) omaista. Läheisen vointiin liittyvää tietoa voitiin saada myös toisen omaisen kautta, kuten eräs omaisista toi esille:

”Pääsääntöisesti isäni voinnista tiedon on saanut äitini, jolta olen itse tiedot saanut” (L 38.)

Eräs kyselyyn vastanneista omaisista olisi toivonut kahdenkeskistä hetkeä hoitajan kanssa, jolloin olisi mahdollisuus keskustella rauhassa läheisen vointiin liittyvistä asioista. Tämä omaisen toivoi myös, että hoitajat puhuisivat hienovaraisemmin ja selkeämmin omaisen vointiin liittyvistä asioista:

”Mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa kahdestaan potilaan voinnista. Hienovaraisuutta puhelimesta, kun kysyy potilaan vointia. Totuuden voinnista voisi kertoa hienovaraisemmin ja maallikolle selittää selkokielellä” (L 42.)

Yksi kyselyyn vastanneista omaisista toi esille epäilyksensä, että hoitaja antoi puhelimitse paremman kuvan läheisen voinnista, kuin se todellisuudessa oli:

”Kahdella kerralla, kun olen isälleni soittanut ja ensin siis kysynyt puhelimeen vastanneelta hoitajalta isäni vointia, että voinko puhua hänen kanssaan, niin hoitaja on vienyt puhelimen isälleni. Isäni on kuitenkin ollut hyvin lyhytsanainen ja sanonut, että hoidot ovat kesken, soitellaan muulloin. Ihmettelen, ettei hoitaja sanonut minulle suoraan, että soita X ajan kuluttua. Toinen vaihtoehto tietysti on, ettei isäni vaan itse halunnut / jaksanut puhua” (L 38.)

Tietoa läheiselle tehtävistä tutkimuksista ja niiden tuloksista oli 45,2% (n=19) omaisista saanut jokseenkin hyvin. 35,7% (n=15) omaisista ilmoitti olevansa täysin tyytyväinen saamaansa tietoon. Kolme (7,1%) omaista koki saaneensa läheiselle tehtävistä tutkimuksista ja niiden tuloksista tietoa jokseenkin heikosti. Tietoa tehohoidossa olevan läheisen jatkosuunnitelmista sai täysin riittävästi noin puolet (n=22, 52,4%) kyselyyn vastanneista omaisista. Osittain tyytyväisiä läheisen jatkosuunnitelmiin liittyvään tiedon saantiin oli 12 (28,6%) omaista, kun taas kolme (7,1%) omaista oli jokseenkin tyytymätöntä. Omaiset toivat esille tyytymättömyytensä jatkosuunnitelmista saamaansa tietoon muun muassa seuraavanlaisesti:

”Teho-osastolla (etenkin) kaipaisi tarvittaessa palaveria vaikka 15min. hoitavan lääkärin kanssa ja/tai hoitajien kanssa. Käyntien yhteydessä tai puhelimesta tilanne ei ole sama, vaan nimenomaan varattu aika!. Jatkohoitokin on harmaata aluetta” (L 12.)

"Varsinaisesta jatkohoidosta tiedot ovat hiukka epäselvät ja myös huolestuttavat sekä potilasta että minua = omaista" (L1.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa olevaan kysymykseen: olen saanut tietoa aina, kun olen halunnut, vastasi 73,8% (n=31) omaisista olevansa täysin samaa mieltä ja 19,0% (n=8) osittain samaa mieltä. Lähes kaikki omaiset olivat siis saaneet tietoa aina, kun olivat sitä halunneet. Yksi (2,4%) omaisista oli tämän väittämän suhteen kuitenkin täysin eri mieltä eli hän ei ollut kokenut saaneensa tietoa aina sitä halutessaan.

Suurin osa omaisista (n=26, 61,9%) koki saaneensa samanlaista tietoa sekä hoitajilta että lääkäreiltä. Jokseenkin yhtäläistä tietoa sai mielestään kuusi (14,3%) omaista. Yksi (2,4%) omainen oli sitä mieltä, että sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä saadut tiedot olivat ristiriidassa keskenään. Erään omaisen mielestä hoitajalta saatu tieto oli luotettavaa, eikä hän näin ollen kokenut tarvetta keskustella lääkärin kanssa:

"Olen ollut täysin tyytyväinen hänen omahoitajaltaan saatuun tietoon, enkä ole erikseen lääkärin audienssia halunnutkaan. Olen luottanut täysin hoitajilta samaani tietoon" (L 15.)

Suurin osa kyselyyn vastanneista omaisista oli sitä mieltä, että saatu tieto oli rehellistä (n=35, 83,3%) ja että se oli kerrottu ymmärrettävällä kielellä (n=31, 73,8%). Osittain samaa mieltä tiedon rehellisyydestä oli viisi (11,9%) omaista. 23,8% (n=10) omaisista koki saaneensa tietoa jokseenkin ymmärrettävällä kielellä. Omaiset toivat kommentteissaan esille ajatuksiaan tiedon rehellisyyteen ja ymmärrettävyyteen liittyen muun muassa seuraavanlaisesti:

"Pyytämättäkin hoitaja on antanut puhelimen lääkärille. Mielestäni tieto on ollut asiallista ja turhia toiveita ei ole elätelty. Vastaavasti pienetkin edistysaskeleet on kerrottu heti" (L 3.)

"Oma mieliala on hyvin herkkä ja jännittynyt. Hoitajalle tutut sanat, esim. II asteen blokki, voivat hämmentää kovasti mieltä" (L 24.)

"Joidenkin hoitajien sanat jäivät hämmentämään mieltä. Onko kysymys vakavasta tilanteesta vai kuuluuko oireet leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen...?" (L 24.)

Lähes kaikki (n=36, 85,7%) omaiset kokivat saaneensa läheistään koskevaa tietoa ensisijaisesti läheisensä hoitajalta. Osittain samaa mieltä oli 11,9% (n=5) omaisista, kun taas yksi (2,4%) omainen oli sitä mieltä, ettei saanut läheistään koskevaa tietoa hoitajalta ollenkaan. Tämä omainen kuvaili saavansa tietoa vain läheiseltään:

"Tiedot olen saanut lähes pelkästään potilaalta itseltään" (L 4.)

Eräs kyselyyn vastanneista omaisista toi esille sen, että teho-osastolla käytössä oleva niin sanottu omahoitaja -käytäntö helpotti omaisen tiedon saantia:

”Asiallista ja helpottavaa, että potilaalla on omahoitaja, jolta saa helpolla tietoa potilaasta eli hän tuntee potilaan hyvin” (L 1.)

Yli puolelle omaisista (n=25, 59,5%) oli järjestetty mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa, silloin kuin he olivat sitä halunneet. Kaksitoista (28,6%) omaista ei tuonut esille omaa mielipidettään ja kolme (7,1%) omaista oli sitä mieltä, ettei heille järjestetty tilaisuutta lääkärin kanssa keskusteluun, vaikka he olisivat sitä halunneet. Lääkärin kanssa käytävää keskustelua vaikeutti erään omaisen mielestä lääkärin vaihtuminen:

”Lääkärin vaihtuminen ”koko ajan” tuntui siltä, että ei enää tiennyt missä mennään. Lääkärit olivat etäisiä, mikä korosti ammattitaitoa ja lisäsi omaisen ulkopuolisuuden tuntua” (L 12.)

5.1.2 Omaisen emotionaalinen tukeminen

Seuraavaksi opinnäytetyössä tarkastellaan omaisen kokemuksia emotionaalisen tuen saannista läheisen tehohoitojakson aikana. Omaisten emotionaalisen tuen kokemukset näytetään ensin taulukossa (Taulukko 8.) tuomalla esille jokaisen muuttujan frekvenssi ja prosenttiosuudet kyseisestä muuttujasta. Taulukon jälkeen kerrotaan taulukon sisällöstä vielä sanallisessa muodossa.

Taulukko 8. Omaisen kokemukset emotionaalisen tuen saannista.

Muuttuja	Täysin samaa mieltä n (%)	Osittain samaa mieltä n (%)	En samaa enkä eri mieltä n (%)	Osittain eri mieltä n (%)	Täysin eri mieltä n (%)	Puuttuvat vastaukset n (%)	Yht. N (%)
Hoitohenkilökuntaa oli helppo lähestyä	n= 38 (90,5%)	n= 4 (9,5%)	–	–	–	–	N= 42 (100%)
Sain lohdutusta	n= 16 (38,1%)	n= 7 (16,7%)	n= 14 (33,3%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	n= 2 (4,8%)	N= 42 (100%)
Mahdollisuus ilmaista tunteita	n= 22 (52,4%)	n= 9 (21,4%)	n= 8 (19,0%)	n= 1 (2,4%)	–	n= 2 (4,8%)	N= 42 (100%)
Hoitajat olivat kiinnostuneita tunteistani	n= 13 (31,0%)	n= 10 (23,8%)	n= 15 (35,7%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Hoitajat olivat kiinnostuneita hyvinvoinnistani	n= 13 (31,0%)	n= 9 (21,4%)	n= 15 (35,7%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	n= 2 (4,8%)	N= 42 (100%)
Minua pidetään tärkeänä	n= 21 (50,0%)	n= 12 (28,6%)	n= 8 (19,0%)	n= 1 (2,4%)	–	–	N= 42 (100%)
Minua arvostettiin	n= 23 (54,8%)	n= 11 (26,2%)	n= 7 (16,7%)	n= 1 (2,4%)	–	–	N= 42 (100%)

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että lähes kaikkien omaisten (n=38, 90,5%) mielestä hoitohenkilökuntaa oli helppo lähestyä. Jäljelle jääneidenkin neljän (9,5%) omaisen mielestä henkilökuntaa oli jokseenkin helppo lähestyä. Kukaan omaisista ei siis kokenut vaikeaksi lähestyä hoitohenkilökuntaa. Muutama omaisista kuvaili, että hoitohenkilökuntaa oli helppo lähestyä, koska hoitajat olivat ystävällisiä:

”Hoitohenkilökunta erittäin ystävällistä” (L 20.)

”Hoitajat olivat ystävällisiä, mutta eivät ottaneet kontaktia -mikä oli tavallaan ihan mukavaa” (L 4.)

38,1% omaisista (n=16) koki saaneensa hoitohenkilökunnalta osakseen myös lohdutusta. Seitsemän omaista (16,7%) oli saanut lohdutusta jonkin verran. Kyselyyn vastanneista 14 omaista (33,3%) ei ottanut asiaan kantaa. Yhden (2,4%) omaisen mielestä hän ei ollut saanut

osakseen lohdutusta ollenkaan ja kaksi (4,8%) omaista koki saaneensa osakseen vain vähän lohdutusta. Eräs omaisista toi esille ettei ollut kaivannutkaan hoitajilta lohdutusta osakseen:

”En ole hakenutkaan lohdutusta enkä koe tarpeelliseksi minuun keskittymistä, vaan toipilaaseen” (L 36.)

52,4% (n=22) omaisista oli sitä mieltä, että heillä oli ollut mahdollisuus ilmaista omia tunteitaan ja 31,0% (n=13) mielestä hoitajat olivat myös olleet kiinnostuneita heidän tunteistaan. Yhdeksän (21,4%) omaisen mielestä mahdollisuus ilmaista omia tunteitaan oli toteutunut jokseenkin hyvin. Yhden (2,4%) omaisen mielestä hänelle ei ollut kuitenkaan tarjoutunut mahdollisuutta ilmaista omia tunteitaan eikä hoitohenkilökunta ollut ilmaissut myöskään kiinnostusta hänen tunteitaan kohtaan. Kymmenen omaisen (23,8%) mielestä hoitajat olivat olleet jokseenkin kiinnostuneita heidän tunteistaan. Kaksi (4,8%) vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät hoitajat juurikaan olleet osoittaneet kiinnostusta heidän tunteitaan kohtaan. Yksi omaisen ajatteli, etteivät hoitajat ehtineet työkiireiden takia perehtymään omaisen tunteisiin, eikä hän kokenut sitä tarpeelliseksi:

”Ymmärrän henkilökunnan olevan töissä. Omaisten tunnetilaan ei voi mennä mukaan. Omaisena sitä on herkempi kuin tavallisesti” (L 12.)

Toisen omaisen mielestä omien tunteiden ilmaisun ja hoitajien kiinnostuksen puutteen taustalla saattoi olla se, että keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa jäivät lyhyen keston takia pinnallisiksi:

”Erikoisen pitkiä keskusteluja ei ollut” (L 25.)

Vain 31,0% (n=13) kyselyyn vastanneista omaisista oli täysin vakuuttunut siitä, että hoitajat olivat kiinnostuneita heidän hyvinvoinnistaan. Yhdeksän omaista (21,4%) oli sitä mieltä, että hoitajat olivat jonkin verran kiinnostuneita heidän hyvinvoinnistaan, mutta suurin osa omaisista (n=15, 35,7%) ei ollut asian suhteen mitään mieltä. Osittain eri mieltä oli kaksi (4,8%) omaista ja yksi (2,4%) omaisen koki etteivät hoitajat osoittaneet ollenkaan kiinnostusta hänen hyvinvointiaan kohtaan. Yksi omaisista ilmaisi tyytyväisyytensä hoitajien toimintaan, koska hän ei ollut kaivannutkaan hoitajien huomiota omaan hyvinvointiinsa liittyen. Omaiselle oli tärkeää, että läheistä hoidettiin hyvin:

”En edes kaivannut hoitajien huomiota tällä saralla. Olen tyytyväinen siihen, että he hoitavat omaiseni 100%. Silloin itse voin rentoutua ja olla turvallis ja rauhallisin mielin ja näin saan voimaa jaksaa. Ja minulla on sukulaisia ja oma lähiperhe ympärillä” (L 35.)

Kyselylomakkeen tuloksista kävi ilmi, että noin puolet omaisista kokivat, että heitä pidettiin tärkeänä (n=21, 50,0%) ja että heitä arvostettiin (n=23, 54,8%). Arvostusta jonkin verran sai omasta mielestään 26,2% (n=11) omaisista, kun taas yhden (2,4%) omaisen mielestä häntä ei arvostettu eikä pidetty tärkeänä. 28,6% (n=12) omaisista oli sitä mieltä, että heitä pidettiin

jokseenkin tärkeänä. Eräs omaisista, joka koki hoitohenkilökunnalta saaneensa osakseen arvostusta ja kunnioitusta kuvaili tilannetta näin:

” Se ainoa kerta, kun teho-osastolla kävin, koin hoitajan vastaanoton ja kohtelun sekä isääni että itseäni kohtaan erittäin arvostavana ja kunnioittavana. Kiitokset vaan sille vaaleahiuksiselle miellyttävälle hoitajalle. Tosin mainittakoon tässä, että naapuripotilaalla oli ollut mieshoitaja, joka oli kohdellut potilastaan epäkunnioittavasti ja istua röhnöttänyt jalat tuolilla potilaan vierellä. Olen iloinen, että hän ei hoitanut isääni” (L 38.)

5.1.3 Omaisen henkinen tukeminen

Seuraavassa opinnäytetyön luvussa tuodaan esille omaisten kokemuksia henkisen tuen saannista läheisen tehohoitojakson aikana. Omaisten vastaukset esitellään ensin taulukossa (Taulukko 9.) frekvenssi ja prosenttiosuuksina, jonka jälkeen tulokset käydään läpi vielä sanallisessa muodossa.

Taulukko 9. Omaisen kokemukset henkisen tuen saannista.

Muuttuja	Täysin samaa mieltä n (%)	Osittain samaa mieltä n (%)	En samaa enkä eri mieltä n (%)	Osittain eri mieltä n (%)	Täysin eri mieltä n (%)	Puuttu- vat vastauk- set n (%)	Yht. N (%)
Hoitajilla oli aikaa kuunnella	n= 33 (78,6%)	n= 8 (19,0%)	–	–	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Hoitajat loivat uskoa	n= 27 (64,3%)	n= 9 (21,4%)	n= 4 (9,5%)	n= 1 (2,4%)	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Hoitajat rauhoittivat	n= 18 (42,9%)	n= 10 (23,8%)	n= 11 (26,2%)	n= 2 (4,8%)	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Sain rohkaisua osallistua läheisen hoitoon	n= 13 (31,0%)	n= 10 (23,8%)	n= 12 (28,6%)	n= 4 (9,5%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Saan henkistä tukea läheisiltä ihmisiltä	n= 31 (73,8%)	n= 7 (16,7%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Luotan hoitajiin	n= 33 (78,6%)	n= 8 (19,0%)	–	–	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Sain henkistä tukea hoitajilta	n= 13 (31,0%)	n= 20 (47,6%)	n= 8 (19,0%)	–	–	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli sitä mieltä, että hoitajilla oli aikaa kuunnella heitä riittävästi (n=33, 78,6%) tai jokseenkin riittävästi (n=8, 19,0%). Erään omaisen mielestä hoitohenkilökunnalla oli aikaa kuunnella omaista kiireenkin keskellä:

”Se oli hieno kokemus, kuinka hoitajat jaksavat kuunnella ja vastata kysymyksiin. Ja varmasti heillä on kiire, mutta vierailuilla sitä ei näkynyt. Vierailut olivat hyvin rauhallisia ja mukavia kokemuksia” (L 35.)

Yksi omaisista oli ollut harvoin yhteydessä teho-osastolle, koska oli luullut ettei yhteydenpito ja vierailu teho-osastolla ole suotavaa:

”Luulin, että ei ole kovin suotavaa, että teholle soitellaan ja käydään usein potilasta katsomassa” (L 38.)

Pääasiallisesti omaiset (n=27, 64,3%) kokivat, että hoitajat olivat luoneet heihin uskoa läheisensä toipumisesta. Osittain tätä mieltä olevia omaisia oli yhdeksän (21,4%). Yhden (2,4%) omaisen mielestä hoitajat eivät olleet vahvistaneet hänen uskoaan läheisensä toipumisesta ollenkaan. Yksi omaisista toi esille, että hoitajat varoivat antamasta liian positiivista kuvaa läheisen toipumisesta:

”Hoitohenkilökunta on toiminut niin hyvin kuin he pystyvät, mutta he ovat välttäneet liian positiivisia odotuksia. On menty päivä kerrallaan ja odotettu ja toivottu parasta” (L 28.)

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että 42,9% (n=18) kyselyyn vastanneista koki hoitohenkilökunnan rauhoittavan heitä. Osittain tätä mieltä olevia omaisia oli kaikkiaan 23,8% (n=10). Yksitoista omaista (26,2%) ei tuonut asian suhteen mielipidettään esille ja kaksi (4,8%) omaista oli asiasta osittain eri mieltä. Erään omaisen mielestä hän ei ollut kaivannutkaan hoitajilta osakseen rauhoitusta:

”Leikkaus onnistui hyvin ja potilas on parantunut tasaista tahtia, joten en ole tarvinnut juurikaan rauhoittelua tai tukea” (L 1.)

Toinen omainen toi esille, että hoitohenkilökunnan rauhallisuus itsessään oli omaista rauhoittava tekijä:

”Hoitajat ovat ihanan rauhallisia. Kiitos!” (L 12.)

Kyselyyn vastanneista 31,0% (n=13) oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli rohkaissut heitä jollakin tavalla osallistumaan läheisensä hoitoon. Osittain tätä mieltä oli omaisista 23,8% (n=10) ja osittain eri mieltä 9,5% (n=4). Kaksi (4,8%) omaista oli sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta rohkaissut heitä ollenkaan osallistumaan läheisensä hoitoon.

Suurin osa (n=31, 73,8%) kyselyyn vastanneista omaisista oli sitä mieltä, että heillä oli olemassa läheisiä ihmisiä, joilta saivat henkistä tukea. Osittain samaa mieltä tämän asian kanssa olevia omaisia oli 16,7% (n=7). Yksi (2,4%) omainen oli osittain eri mieltä.

Hoitohenkilökunnalta koki saavansa henkistä tukea 31,0% (n=13) omaisista ja osittain tätä mieltä olevia oli melkein puolet (n=20, 47,6%) vastaajista. Eräs omainen toi esille, ettei ollut kaivannut hoitohenkilökunnalta ollenkaan henkistä tukea:

”En ole kokenut tarpeelliseksi” (L 11.)

Opinnäytetyön tuloksista kävi myös ilmi, että kaikki omaiset kykenivät luottamaan hoitohenkilökuntaan joko täysin (n=33, 78,6%) tai ainakin osittain (n=8, 19,0%). Yksi omainen toi esille, että luottamusta vahvisti hoitohenkilökunnan avuliaisuus ja ystävällisyys:

”Henkilökunta Meilahden sairaalassa on ollut todella mukavaa ja avuliasta. Hoitajista on ollut apua” (L 27.)

5.1.4 Omaisen konkreettinen tukeminen

Seuraavaksi opinnäytetyössä tuodaan esille omaisen kokemuksia konkreettisen tuen saannista läheisen tehohoitojakson aikana. Tulokset tuodaan esille ensin taulukossa (Taulukko 10.) frekvenssi ja prosenttiosuuksina ja tämän jälkeen vielä aukikirjoitettuina.

Taulukko 10. Omaisen kokemukset konkreettisen tuen saannista.

Muuttuja	Täysin samaa mieltä n (%)	Osittain samaa mieltä n (%)	En samaa enkä eri mieltä n (%)	Osittain eri mieltä n (%)	Täysin eri mieltä n (%)	Puuttu- vat vasta- ukset n (%)	Yht. N (%)
Etukäteen yhteystiedot teholle	n= 30 (71,4%)	n= 8 (19,0%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	n= 1 (2,4%)	–	N= 42 (100%)
Vierailuajat joustavat	n= 41 (97,6%)	n= 1 (2,4%)	–	–	–	–	N= 42 (100%)
Odotustila viihtyisä	n= 14 (33,3%)	n= 11 (26,2%)	n= 6 (14,3%)	n= 7 (16,7%)	n= 3 (7,1%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Etukäteen tietoa vierailukäytännöistä	n= 28 (66,7%)	n= 6 (14,3%)	n= 4 (9,5%)	n= 2 (4,8%)	n= 2 (4,8%)	–	N= 42 (100%)
Etukäteen tietoa tehohoitoympäristöstä	n= 10 (23,8%)	n= 14 (33,3%)	n= 12 (28,6%)	n= 1 (2,4%)	n= 5 (11,9%)	–	N= 42 (100%)
Mahdollisuus yksinoloon	n= 12 (28,6%)	n= 6 (14,3%)	n= 19 (45,2%)	n= 1 (2,4%)	n= 3 (7,1%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Mahdollisuus virkistäytymiseen	n= 12 (28,6%)	n= 6 (14,3%)	n= 19 (45,2%)	–	n= 4 (9,5%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Mahdollisuus lepoon	n= 10 (23,8%)	n= 7 (16,7%)	n= 21 (50,0%)	–	n= 3 (7,1%)	n= 1 (2,4%)	N= 42 (100%)
Rohkaistiin yhteydenpitoon	n= 35 (83,3%)	n= 3 (7,1%)	n= 3 (7,1%)	–	n= 1 (2,4%)	–	N= 42 (100%)

Suurin osa (n=30, 71,4%) kyselyyn vastanneista omaisista sai etukäteen yhteystiedot teho-osastolle. Kahdeksan omaisen (19,0%) mielestä he saivat etukäteen jokseenkin hyvät yhteystiedot. Yhden (2,4%) omaisen mielestä hän ei ollut saanut etukäteen yhteystietoja ollenkaan. Lisäksi yksi (2,4%) omaisen koki saaneensa puutteelliset yhteystiedot. Kaikkien vastaajien mielestä sydänkirurgisen teho-osaston vierailuajat olivat joko täysin (n=41, 97,6%) tai jokseenkin joustavat (n=1, 2,4%).

33,3% (n=14) omaisista oli sitä mieltä, että omaisten odotustila sydänkirurgisella teho-osastolla oli viihtyisä. Osittain samaa mieltä olevia vastaajia oli 26,2% (n=11) ja osittain eri mieltä olevia vastaajia 16,7% (n=7). Kuusi (14,3%) omaista ei ottanut kantaa omaisten huoneen viihtyvyyteen, mutta kolmen (7,1%) vastaajan mielestä tila ei ollut viihtyisä. Nämä kolme omaista, jotka olivat tyytymättömiä osaston odotustilaan, toivat esille seuraavia asioita:

"Odotustila teho-osastolla oli pieni ja ei toimiva, mutta mehutarjoilu tuntui ihanalta. Kiitos!" (L 12.)

"Eikö hissien luota käytävästä voisi omaisille lohkaista tilaa, 10 henkilöä tuntui liialta tähän koppiin. Kuolevien omaisille pitäisi olla oma tila, lohduttomuus tarttuu!! Ja toivoo sentään pitäisi pitää yllä!" (L 3.)

"Odotustila toimiva, ei viihtyisä. Lukolliset kaapistot vanhahtavat ja ainakin yksi suljettaessa aukesi saranan puolelta" (L 15.)

Kyselyyn vastanneista omaisista yli puolet (n=28, 66,7%) olivat saaneet hoitajalta etukäteen tietoa siitä kuinka toimia, kun on tulossa teho-osastolle käymään. Myös kuusi (14,3%) omaista koki saaneensa tietoa kohtuullisen hyvin. Kaksi (4,8%) omaista koki saaneensa tietoa huonosti ja toiset kaksi (4,8%) omaista eivät olleet saaneet hoitajalta vierailukäytäntöihin liittyvää tietoa ollenkaan.

Tehohoitoympäristöstä sai etukäteen tietoa kymmenen (23,8%) vastaajaa. Jokseenkin hyvin tietoa sai omasta mielestään neljatoista (33,3%) omaista, kun taas yksi (2,4%) omaisen koki saaneensa tietoa huonosti. Viisi (11,9%) omaista oli sitä mieltä, etteivät he olleet saaneet ollenkaan hoitajalta tietoa tehohoitoympäristöstä. Kaksitoista (28,6%) omaista ei ollut asian suhteen samaa eikä eri mieltä.

28,6% (n=12) kyselyyn vastanneista omaisista koki, että hoitohenkilökunta oli tarjonnut heille mahdollisuutta yksinoloon. Osittain samaa mieltä asian suhteen oli 14,3% (n=6) omaisista ja osittain eri mieltä oli yksi (2,4%) omaisen. Kolmen (7,1%) omaisen mielestä hoitohenkilökunta ei ollut tarjonnut heille mahdollisuutta yksinoloon. Suurin osa (n=19, 45,2%) kyselyyn vastanneista ei tuonut selkeästi kantaansa esille asian suhteen.

Kyselyyn vastanneista kaksitoista (28,6%) omaista oli kokenut, että hoitohenkilökunta tarjosi heille mahdollisuutta virkistäytymiseen, kuten esimerkiksi ruokailuun. Osittain samaa mieltä kyselyyn vastanneista oli kuusi (14,3%) omaista. Suurin osa (n=19, 45,2%) omaisista ei kuitenkaan ottanut selkeästi kantaa tähän asiaan ja neljä (9,5%) vastaajaa koki, ettei hoitohenkilökunta tarjonnut heille ollenkaan mahdollisuutta virkistäytymiseen. Kahden omaisen mielestä tarvetta yksinoloon, virkistäytymiseen ja lepoon ei ollut muun muassa vierailujen lyhyen keston takia:

"Vierailut olivat sen verran lyhyitä, että en kaivannut yksinoloa tai virkistäytymistä" (L 35.)

”Mahdollisuus yksinoloon, virkistytymiseen ja lepoon olis varmaan ollut mahdollista, jos se olis ollut tarpeellista ja varmaan olisivat tarjonneetkin” (L 23.)

Omaisista yhteensä 40,5% (N=17) oli sitä mieltä, että heillä oli ollut joko täysin (n=10, 23,8%) tai osittain (n=7, 16,7%) mahdollisuus lepoon, vaikka heidän läheisensä oli tehohoidossa. Kolme (7,1%) omaista kuitenkin koki, ettei heillä ollut ollenkaan mahdollisuutta lepoon. Yhden omaisen mielestä hänellä ei ollut mahdollisuutta lepoon, koska hänen työnsä esti sen:

”Hoitohenkilökunta on tukenut täysin, mutta normaali työni, jota teen 7 päivänä viikossa, on estänyt levon. On ollut todella raskasta” (L 28.)

Suurin osa (n=35, 83,3%) omaisista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli rohkaissut heitä olemaan yhteydessä teho-osastolle aina niin halutessaan. Osittain samaa mieltä olevia vastaajia oli kolme (7,1%). Yksi (2,4%) omaisista oli kokenut, ettei häntä rohkaistu yhteydenpitoon ollenkaan.

5.2 Omaisen kokemukset hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana

Seuraavaksi opinnäytetyössä tarkastellaan omaisen kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana. Tässä opinnäytetyön osassa haetaan vastausta opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: Minkälaiseksi omainen kokee hyvinvointinsa läheisen tehohoitojakson aikana?. Omaisen hyvinvointiin liittyvät muuttujat on esitetty ensin taulukossa frekvenssein ja prosenttiosuuksin (Taulukko 11.) Taulukon jälkeen omaisten kokemuksia tuodaan esille sanallisessa muodossa.

Taulukko 11. Omaisen kokemuksia hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana.

Muuttuja	Täysin samaa mieltä n (%)	Osittain samaa mieltä n (%)	En samaa enkä eri mieltä n (%)	Osittain eri mieltä n (%)	Täysin eri mieltä n (%)	Puuttavat vastaukset n (%)	Yht. N (%)
Koen vointini hyväksi	n= 16 (38,1%)	n= 20 (47,6%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	n= 3 (7,1%)	–	N= 42 (100%)
Koen elämäntilanteeni hyväksi	n= 20 (47,6%)	n= 13 (31,0)	n= 6 (14,3%)	n= 2 (4,8%)	n= 1 (2,4%)	–	N= 42 (100%)
Minulla on ruokahaluttomuutta	n= 21 (50,0%)	n= 4 (9,5%)	n= 5 (11,9%)	n= 8 (19,0%)	n= 4 (9,5%)	–	N= 42 (100%)
Minulla on uniongelmia	n= 16 (38,1%)	n= 7 (16,7%)	n= 3 (7,1%)	n= 10 (23,8%)	n= 6 (14,3%)	–	N= 42 (100%)
Suoriudun jokapäiväisistä askareista huonommin	n= 15 (35,7%)	n= 5 (11,9%)	n= 5 (11,9%)	n= 13 (31,0%)	n= 4 (9,5%)	–	N= 42 (100%)
Tunnen masentuneisuutta	n= 22 (52,4%)	n= 4 (9,5%)	n= 4 (9,5%)	n= 10 (23,8%)	n= 2 (4,8%)	–	N= 42 (100%)
Tunnen surullisuutta	n= 10 (23,8%)	n= 4 (9,5%)	n= 4 (9,5%)	n= 16 (38,1%)	n= 8 (19,0%)	–	N= 42 (100%)
Tunnen ahdistusta	n= 11 (26,2%)	n= 8 (19,0%)	n= 8 (19,0%)	n= 12 (28,6%)	n= 3 (7,1%)	–	N= 42 (100%)
Tunnen hermostuneisuutta	n= 15 (35,7%)	n= 2 (4,8%)	n= 5 (11,9%)	n= 16 (38,1%)	n= 4 (9,5%)	–	N= 42 (100%)
Tunnen väsymystä	n= 11 (26,2%)	n= 7 (16,7%)	n= 3 (7,1%)	n= 16 (38,1%)	n= 5 (11,9%)	–	N= 42 (100%)
Tunnen voimattomuutta	n= 13 (31,0%)	n= 6 (14,3%)	n= 8 (19,0%)	n= 9 (21,4%)	n= 6 (14,3%)	–	N= 42 (100%)

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että suurin osa kyselyyn vastanneista omaisista koki läheisen tehohoitojakson aikana oman vointinsa hyväksi (n=16, 38,1%) tai jokseenkin hyväksi (n=20, 47,6%). Vain kolme (7,1%) omaista koki vointinsa huonoksi läheisen tehohoitojakson aikana ja yksi (2,4%) omaisen kohtalaisen huonoksi. kaksi (4,8%) vastaajaa ei kokenut vointiaan erityisen hyväksi, mutta ei myöskään huonoksi.

Kyselyyn vastanneista omaisista jopa 78,6% (n=33) koki elämäntilanteensa tällä hetkellä joko hyväksi (n=20, 47,6%) tai kohtalaisen (n=13, 31,0%) hyväksi. Ainoastaan yksi (2,4%) omainen oli täysin tyytymätön elämäntilanteeseensa ja kaksi (4,8%) omaista jokseenkin tyytymättömiä.

59,5% (n=25) omaisista koki läheisen tehohoitojakson aikana ruokahaluttomuutta. Omaisista neljällä (9,5%) ruokahalu pysyi tehohoitojakson aikana hyvänä ja kahdeksalla (19,0%) omaisella jokseenkin hyvänä. Viisi (11,9%) omaista ei osannut sanoa, oliko heidän ruokahalunsa muuttunut läheisen tehohoitojakson aikana. Kyselyyn vastanneista omaisista 54,8%:lla (n=23) oli uniongelmia, kuten esimerkiksi nukahtamisvaikeuksia läheisen tehohoitojakson aikana. Kymmenen (23,8%) omaista ilmoitti kuitenkin saavansa nukutuksi kohtuullisen hyvin ja kuusi (14,3%) omaista nukkui hyvin, vaikka läheinen oli hoidettavana teho-osastolla.

Jokapäiväisten askareiden tekemisestä, kuten esimerkiksi kotitöistä, suoriutui lähes puolet (n=20, 47,6%) omaisista huonommin kuin aikaisemmin. Kolmetoista (31,0%) omaista oli kuitenkin sitä mieltä, että he suoriutuivat jokapäiväisistä askareista läheisen tehohoitojakson aikana edelleenkin kohtuullisen hyvin ja neljä (9,5%) omaista selviytyi omasta mielestään hyvin.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että yli puolet (n=26, 61,9%) kyselyyn vastanneista omaisista koki itsensä masentuneeksi läheisensä tehohoitojakson aikana. Kaksi (4,8%) vastaajista ei kokenut itsellään masennukseen liittyviä oireita ollenkaan. Lievää masennusta taas esiintyi 23,8%:lla (n=10) kyselyyn vastanneista. Neljä (9,5%) omaista ei myöntänyt, mutta ei kieltänytkään olevansa tällä hetkellä masentunut. Eräs omainen toi esille, että vaikka hän omasta mielestään oli masentunut läheisen tehohoidosta johtuen, oli hänelle omaa hyvinvointiaan tärkeämpää se, että läheinen sai mahdollisimman hyvää hoitoa:

”Osaan hakea hoitoa omaan tilanteeseeni. Puoliso on hoidossa teho-osastolla ja saa siellä parhaan mahdollisen hoidon. Tärkeintä on, että hoitohenkilöstö huolehtii potilaista eikä tarvitse jakaa aikaansa omaisten hoitoon. Työ on varmasti riittävän rankkaa. Tilanne lienee kuitenkin toinen, jos potilaan tila heikkenee osastolla ja omainen jää yksin” (L 39.)

Suurin osa (n=24, 57,1%) kyselyyn vastanneista omaisista ei kokenut oloansa surulliseksi läheisen tehohoitojakson aikana. 33,3% (n=14) omaisista oli kuitenkin sitä mieltä, että he olivat kokeneet surua läheisen ollessa tehohoidossa.

Kyselyyn vastanneista omaisista lähes puolet (n=19, 45,2%) koki läheisensä tehohoitajakson aikana jonkin asteista ahdistusta. Kolmella (7,1%) omaisella ahdistusta ei ollut esiintynyt ollenkaan ja kahdellatoistakin (28,6%) vastaajalla vain lievänä. Kahdeksan (19,0%) vastaajaa ei tuonut esille selkeästi omaa kantaansa asian suhteen. Eräs vastaajista oli kokenut ahdistavana sen, kun toista potilasta hoitava hoitaja oli käyttäytynyt töykeästi potilasta kohtaan:

”Osastolla käydessäni koin hyvin epämiellyttävänä ja ahdistavana, kun omaiseni vieressä olevalle potilaalle mieshoitaja puhui hyvin töykeästi ja loukkaavasti kovalla äänellä. Mielestäni hänen tapansa hoitaa tehohoitopotilaita ei ole sopivaa. Oman omaiseni naishoitajat olivat oikein ihania empaattisia hoitajia” (L 32.)

Kun läheinen oli tehohoidossa, koki 35,7% (n=15) omaisista olonsa hermostuneeksi. Jonkin verran hermostuneisuutta koki kaksi (4,8%) omaista, kun taas neljä (9,5%) omaista ei tuntenut läheisen tehohoitajakson aikana oloansa ollenkaan hermostuneeksi. 38,1% (n=16) omaisista oli sitä mieltä, etteivät he juurikaan olleet kokeneet oloansa hermostuneiksi, vaikka läheinen oli tehohoidossa.

Väsymystä läheisen tehohoitajakson aikana oli kokenut 42,9% (n=18) ja voimattomuutta 45,3% (n=19) kyselyyn vastanneista. Puolella (n=21, 50,0%) omaisista ei ollut väsymystä esiintynyt ollenkaan tai vain vähäisessä määrin. Myöskään voimattomuutta läheisen tehohoitajakson aikana ei ollut tuntenut mielestään 35,7% (n=15) omaisista. Väsymykseen jätti kolme (7,1%) vastaajaa ja voimattomuuteen kahdeksan (19,0%) vastaajaa ottamatta selkeästi kantaa. Erään omaisen mielestä hänellä oli voimattomuutta läheisen tehohoitajakson aikana, mutta hän yritti kuitenkin peitellä sitä läheisensä luona käydessään:

”Epätietoisuus vie voimat, potilaan aikana oltava reipas” (L 12.)

5.3 Taustamuuttujien yhteys tuen tarpeeseen ja omaisen hyvinvointiin

Seuraavassa opinnäytetyön osassa tarkastellaan sukupuolen, leikkauksen luonteen, läheisen hoitoajan pituuden ja omaisen koulutuksen vaikutuksia omaisen tuen tarpeeseen, omaisen vointiin ja elämäntilanteeseen sekä ruokahaluttomuuden ja uniongelmien esiintymiseen.

Tarkasteltaessa läheistä koskevaa tiedon saantia huomattiin, että naisista yhteensä 14 (53,9%) olisi tarvinnut joko paljon (n=6, 23,1%) tai jokseenkin paljon (8, 30,8%) enemmän tietoa

läheiseen liittyen. Miehistä vastaavasti vain kuusi (40,0%) koki tarvitsevansa läheiseen liittyvää tietoa joko paljon (n=4, 26,7%) tai jokseenkin paljon (n=2, 13,3%). Naisista läheiseen liittyvään tiedon saantiin oli täysin tyytyväisiä kolme (11,5%) omaista ja miehistä kaksi (13,3%) omaista. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Naisten ja miesten kokemuksia läheistään koskevasta tiedon saannista.

			Omaisen sukupuoli:		Vastanneita yht.
			Nainen	Mies	
Enemmän tietoa läheiseen liittyen	Täysin samaa mieltä	n	6	4	10
		%	23,1%	26,7%	24,4%
	Osittain samaa mieltä	n	8	2	10
		%	30,8%	13,3%	24,4%
	en samaa enkä eri mieltä	n	1	3	4
		%	3,8%	20,0%	9,8%
	Osittain eri mieltä	n	8	4	12
		%	30,8%	26,7%	29,3%
	Täysin eri mieltä	n	3	2	5
		%	11,5%	13,3%	12,2%
Yht.	N	26	15	41	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Myötäelämisen tarvetta katsottaessa tuli esille, että miehistä noin puolet (n=8, 53,3%) koki saaneensa hoitajilta liian vähän myötäelämistä, kun taas vastaava luku naisilla oli kuusitoista (61,6%). Emotionaalisen tuen saantiin liittyvään kysymykseen jätti miehistä ottamatta kantaa 26,7% (n=4) ja naisista 15,4% (n=4). Täysin tyytyväinen hoitajilta saatuun myötäelämiseen oli vain yksi (3,8%) naisomainen, kun taas miesomaisista kukaan ei ollut täysin tyytyväinen hoitajien myötäelämiseen. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Naisten ja miesten kokemuksia myötäelämisestä.

			Omaisen sukupuoli:		Vastanneita yht.
			Nainen	Mies	
Enemmän myötäelä- mistä	Täysin samaa mieltä	n	12	5	17
		%	46,2%	33,3%	41,5%
	Osittain samaa mieltä	n	4	3	7
		%	15,4%	20,0%	17,1%
	en samaa enkä eri mieltä	n	4	4	8
		%	15,4%	26,7%	19,5%
	Osittain eri mieltä	n	5	3	8
		%	19,2%	20,0%	19,5%
	Täysin eri mieltä	n	1	0	1
		%	3,8%	,0%	2,4%
Yht.	N	26	15	41	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Läheisen tehohoitojakson aikana koki naisista 53,9% (n=14) ja miehistä jopa 71,5% (n=10), että olisi tarvinnut hoitajilta enemmän lohdutusta. Omasta mielestään jokseenkin hyvin lohdutusta osakseen oli saanut kolme (11,5%) naista ja kaksi (14,3%) miestä. Vain yksi (3,8%) naisomainen oli ollut täysin tyytyväinen hoitajilta saamaansa lohdutukseen läheisen tehohoitojakson aikana. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Naisten ja miesten kokemuksia lohdutuksen saannistaan.

			Omaisen sukupuoli:		Vastanneita yht.
			Nainen	Mies	
Enemmän lohdutusta	Täysin samaa mieltä	n	12	6	18
		%	46,2%	42,9%	45,0%
	Osittain samaa mieltä	n	2	4	6
		%	7,7%	28,6%	15,0%
	en samaa enkä eri mieltä	n	8	2	10
		%	30,8%	14,3%	25,0%
	Osittain eri mieltä	n	3	2	5
		%	11,5%	14,3%	12,5%
	Täysin eri mieltä	n	1	0	1
		%	3,8%	,0%	2,5%
Yht.		N	26	14	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Miehistä 60% (n=9) oli saanut käytännön asioihin liittyvää tietoa joko huonosti (n=8, 53,3%) tai jokseenkin huonosti (n=1, 6,7%). Naisista 47,3% (n=16) koki saaneensa käytännön asioihin liittyvää tietoa huonosti (n=11, 42,3%) tai jokseenkin huonosti (n=5, 19,2%). Täysin tyytyväinen käytännön asioihin liittyvään tiedon saantiin oli vain yksi (6,7%) miesomainen. Jokseenkin tyytyväisiä käytännön asioista saatuun tietoon oli naisista 15,4% (n=4) ja miehistä 20,0% (n=3). (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Naisten ja miesten kokemuksia käytännön asioihin liittyvästä tuen saannistaan.

			Omaisen sukupuoli:		Vastanneita yht.
			Nainen	Mies	
Enemmän tietoa käytännön asioista	Täysin samaa mieltä	n	11	8	19
		%	42,3%	53,3%	46,3%
	Osittain samaa mieltä	n	5	1	6
		%	19,2%	6,7%	14,6%
	en samaa enkä eri mieltä	n	6	2	8
		%	23,1%	13,3%	19,5%
	Osittain eri mieltä	n	4	3	7
		%	15,4%	20,0%	17,1%
	Täysin eri mieltä	n	0	1	1
		%	,0%	6,7%	2,4%
Yht.		N	26	15	41
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Kyselyyn vastanneista omaisista vain yksi (3,8%) naisomainen oli täysin tyytyväinen hoitohenkilökunnan antamaan, hänen omaan vointiinsa liittyvään tukeen. Miehistä yhdeksän (60%) ja naisista neljätoista (53,8%) olisi toivonut enemmän tukea omaan vointiinsa liittyen. Omaa mielipidettensä eivät tuoneet esille 26,9% (n=7) naisista ja 33,3% (n=5) miehistä. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Naisten ja miesten kokemuksia omaan vointiinsa liittyvästä tuen saannista.

			Omaisen sukupuoli:		Vastanneita yht.
			Nainen	Mies	
Enemmän tukea omaan vointiin liittyen	Täysin samaa mieltä	n	11	7	18
		%	42,3%	46,7%	43,9%
	Osittain samaa mieltä	n	3	2	5
		%	11,5%	13,3%	12,2%
	en samaa enkä eri mieltä	n	7	5	12
		%	26,9%	33,3%	29,3%
	Osittain eri mieltä	n	4	1	5
		%	15,4%	6,7%	12,2%
	Täysin eri mieltä	n	1	0	1
		%	3,8%	,0%	2,4%
Yht.		N	26	15	41
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Henkisen tuen saantia tarkasteltaessa tuli esille, että suurin osa sekä naisista (n=20, 76,9%) että miehistä (n=13, 86,7%) koki saaneensa hoitohenkilökunnalta henkistä tukea joko hyvin tai jokseenkin hyvin. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Naisten ja miesten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan henkisestä tuesta.

			Omaisen sukupuoli:		Vastanneita yht.
			Nainen	Mies	
Sain henkistä tukea hoitohenkilökunnalta	en samaa enkä eri mieltä	n	6	2	8
		%	23,1%	13,3%	19,5%
	Osittain eri mieltä	n	13	7	20
		%	50,0%	46,7%	48,8%
	Täysin eri mieltä	n	7	6	13
		%	26,9%	40,0%	31,7%
Yht.		N	26	15	41
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tarkasteltaessa suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten tiedon saantia todettiin, että päivystysleikattujen potilaiden viisi (38,5%) omaista koki saaneensa läheiseen liittyvää tietoa liian vähän tai jokseenkin (n=1, 7,7%) vähän.

Suunnitellusti leikattujen läheisten omaisista yhteensä jopa 14 (58,3%) koki saaneensa läheiseen liittyvää tietoa huonosti (n=6, 25,0%) tai jokseenkin (n=8, 33,3%) huonosti. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia läheiseensä liittyvästä tiedon saannista.

			Leikkaus oli:		Vastanneita yht.
			Ennalta suunniteltu	Päivystys-leikkaus	
Enemmän tietoa läheiseen liittyen	Täysin samaa mieltä	n %	6 25,0%	4 30,8%	10 27,0%
	Osittain samaa mieltä	n %	8 33,3%	1 7,7%	9 24,3%
	en samaa enkä eri mieltä	n %	2 8,3%	2 15,4%	4 10,8%
	Osittain eri mieltä	n %	5 20,8%	5 38,5%	10 27,0%
	Täysin eri mieltä	n %	3 12,5%	1 7,7%	4 10,8%
Yht.		N %	24 100,0%	13 100,0%	37 100,0%

Sekä suunnitellusti leikattujen (n=16, 66,6%) että päivystyksellisesti leikattujen (n=8, 61,6%) potilaiden omaiset kokivat tarvitsevansa hoitajilta enemmän myötäelämistä (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia hoitajilta saamastaan myötäelämisestä.

			Leikkaus oli:		Vastanneita yht.
			Ennalta suunniteltu	Päivystys-leikkaus	
Enemmän myötäelämistä	Täysin samaa mieltä	n %	11 45,8%	6 46,2%	17 45,9%
	Osittain samaa mieltä	n %	5 20,8%	2 15,4%	7 18,9%
	en samaa enkä eri mieltä	n %	5 20,8%	2 15,4%	7 18,9%
	Osittain eri mieltä	n %	3 12,5%	3 23,1%	6 16,2%
Yht.		N %	24 100,0%	13 100,0%	37 100,0%

Tarkasteltaessa leikkauksen luonnetta ja lohdutuksen tarvetta huomattiin, että suurin osa sekä suunnitellusti leikattujen potilaiden omaisista (n=16, 66,7%) että päivystyksellisesti

leikattujen potilaiden omaisista (n=8, 66,7%) koki saaneensa osakseen huonosti lohdutusta. Päivystysleikattujen potilaiden omaisista kukaan ei ollut täysin tyytyväinen hoitajilta saamaansa lohdutukseen ja suunnitellusti leikattujen potilaiden omaisistakin vain yksi (4,2%) omainen oli täysin tyytyväinen. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia hoitajilta saamastaan lohdutuksesta.

			Leikkaus oli:		Vastanneita yht.
			Ennalta suunniteltu	Päivystysleikkaus	
Enemmän lohdutusta	Täysin samaa mieltä	n	12	6	18
		%	50,0%	50,0%	50,0%
	Osittain samaa mieltä	n	4	2	6
		%	16,7%	16,7%	16,7%
	en samaa enkä eri mieltä	n	6	2	8
		%	25,0%	16,7%	22,2%
	Osittain eri mieltä	n	1	2	3
		%	4,2%	16,7%	8,3%
	Täysin eri mieltä	n	1	0	1
		%	4,2%	,0%	2,8%
Yht.		N	24	12	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%

16 (66,7%) kyselyyn vastanneista omaisista, joiden läheinen oli suunnitellusti leikattu ja yhdeksän (69,3%) päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaista koki tarvitsevansa enemmän käytännön asioihin liittyvää tietoa. Jokseenkin tyytyväisiä saamaansa tietoon oli viisi (20,8%) suunnitellusti leikattujen potilaiden omaisista ja yksi (7,7%) päivystyksellisesti leikatun potilaan omainen. Leikkauksen luonteella ei näin ollen näyttänyt tässä opinnäytetyössä olevan merkistystä omaisen kokemukseen käytännön asioihin liittyvästä tiedon saannista. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia käytännön asioista saamaansa tietoon.

			Leikkaus oli:		Vastanneita yht.
			Ennalta suunniteltu	Päivystys-leikkaus	
Enemmän tietoa käytännön asioista	Täysin samaa mieltä	n	13	6	19
		%	54,2%	46,2%	51,4%
	Osittain samaa mieltä	n	3	3	6
		%	12,5%	23,1%	16,2%
	en samaa enkä eri mieltä	n	3	2	5
		%	12,5%	15,4%	13,5%
	Osittain eri mieltä	n	5	1	6
		%	20,8%	7,7%	16,2%
	Täysin eri mieltä	n	0	1	1
		%	,0%	7,7%	2,7%
Yht.		N	24	13	37
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tarkasteltaessa läheisen hoitoaikaa teho-osastolla ja omaisen kokemusta omasta voinnistaan todettiin, että 88,9% (n=8) niistä omaisista, joiden läheisen hoitoaika teho-osastolla oli kestänyt 1-3 vuorokautta, kokivat vointinsa joko hyväksi (n=5, 55,6%) tai jokseenkin hyväksi (n=3, 33,3%). 1-2 viikkoa hoidossa olleiden potilaiden omaisista enää 28,6% (n=2) koki vointinsa hyväksi ja 71,4% (n=5) jokseenkin hyväksi. Yli kaksi viikkoa hoidossa olleiden potilaiden omaisista kukaan ei kokenut vointiansa hyväksi ja vain yksi omaisista koki vointinsa jokseenkin hyväksi. (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen voinnin kokeminen.

			Hoitoaika teho-osastolla:				Vastanneita yht.
			1-3 vrk	3-7 vrk	1-2 viikkoa	yli 2 viikkoa	
Koen tällä hetkellä vointini hyväksi	Täysin samaa mieltä	n	0	1	0	2	3
		%	,0%	5,0%	,0%	50,0%	7,5%
	Osittain samaa mieltä	n	0	1	0	0	1
		%	,0%	5,0%	,0%	,0%	2,5%
	en samaa enkä eri mieltä	n	1	0	0	1	2
		%	11,1%	,0%	,0%	25,0%	5,0%
	Osittain eri mieltä	n	3	10	5	1	19
		%	33,3%	50,0%	71,4%	25,0%	47,5%
	Täysin eri mieltä	n	5	8	2	0	15
		%	55,6%	40,0%	28,6%	,0%	37,5%
Yht.		N	9	20	7	4	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Suurin osa omaisista (n=8, 88,9%), joiden läheisen tehohoitojakso oli kestänyt 1-3 vuorokautta oli sitä mieltä, että heidän elämäntilanteensa oli joko hyvä (n=5, 55,6%) tai jokseenkin hyvä

(n=3, 33,3%). Niistä omaisista, joiden läheisen tehohoitojakso oli kestänyt 3-7 vuorokautta koki vielä oman elämäntilanteensa hyväksi kymmenen omaista (50%) ja seitsemän omaista (35%) jokseenkin hyväksi. Yli kaksi viikkoa hoidossa olleista omaisista vain yksi omainen (25%) koki elämäntilanteensa hyväksi ja yksi omainen jokseenkin hyväksi (Taulukko 23).

Taulukko 23. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen elämäntilanteen kokeminen.

			Hoitoaika teho-osastolla:				Yht.
			1-3 vrk	3-7 vrk	1-2 viikkoa	yli 2 viikkoa	
Koen oman elämäntilanteeni hyväksi	samaa mieltä	n	0	0	0	1	1
		%	,0%	,0%	,0%	25,0%	2,5%
	Osittain samaa mieltä	n	0	1	1	0	2
		%	,0%	5,0%	14,3%	,0%	5,0%
	en samaa enkä eri mieltä	n	1	2	1	1	5
		%	11,1%	10,0%	14,3%	25,0%	12,5%
	Osittain eri mieltä	n	3	7	2	1	13
		%	33,3%	35,0%	28,6%	25,0%	32,5%
	Täysin eri mieltä	n	5	10	3	1	19
		%	55,6%	50,0%	42,9%	25,0%	47,5%
Yht.		N	9	20	7	4	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tarkasteltaessa omaisten ruokahaluttomuuden esiintyvyyttä läheisen tehohoidon aikana voidaan todeta, että 1-3 vuorokautta hoidossa olleiden potilaiden omaisilla kahdella (22,2%) esiintyi ruokahaluttomuutta jonkin verran. Kuuden (66,7%) omaisen mielestä heillä ei ollut ruokahaluttomuutta ollenkaan. Kuitenkin 1-2 viikkoa hoidossa olleiden potilaiden omaisista kolme (42,9%) koki ruokahaluttomuutta ja kahden (28,6%) omaisen mielestä heillä oli ruokahaluttomuutta jonkin verran. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen ruokahaluttomuuden esiintyminen.

			Hoitoaika teho-osastolla:				Vastanneita yht.
			1-3 vrk	3-7 vrk	1-2 viikkoa	yli 2 viikkoa	
Minulla on tällä hetkellä ruokahaluttomuutta	Täysin samaa mieltä	n	0	0	3	1	4
		%	0,0%	0,0%	75,0%	4,8%	100,0%
	Osittain samaa mieltä	n	2	3	2	1	8
		%	25,0%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	en samaa enkä eri mieltä	n	1	1	1	1	4
		%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Osittain eri mieltä	n	0	3	0	0	3
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Täysin eri mieltä	n	6	13	1	1	21
		%	28,6%	61,9%	4,8%	25,0%	100,0%
Yht.		N	9	20	7	4	40
		%	22,5%	50,0%	17,5%	10,0%	100,0%

Uniongelmien esiintyvyyttä tarkasteltaessa huomattiin, että 1-3 vuorokautta tehohoidossa olleiden potilaiden omaisista kahdella (22,2%) oli uniongelmia usein tai ajoittain. 1-2 viikkoa hoidossa olleiden läheisten omaisilla taas uniongelmia esiintyi yhteensä kuudella (85,7%) joko usein (n=2, 28,6%) tai ajoittain (n=4, 57,1%). (Taulukko 25.)

Taulukko 25. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen uniongelmien esiintyminen.

			Hoitoaika teho-osastolla:				Vastan- neita yht.
			1-3 vrk	3-7 vrk	1-2 viikkoa	yli 2 viikkoa	
Minulla on tällä hetkellä uniongelmia	Täysin samaa mieltä	n %	1 11,1%	0 ,0%	2 28,6%	2 50,0%	5 12,5%
	Osittain samaa mieltä	n %	1 11,1%	5 25,0%	4 57,1%	0 ,0%	10 25,0%
	en samaa enkä eri mieltä	n %	2 22,2%	0 ,0%	0 ,0%	1 25,0%	3 7,5%
	Osittain eri mieltä	n %	1 11,1%	4 20,0%	0 ,0%	1 25,0%	6 15,0%
	Täysin eri mieltä	n %	4 44,4%	11 55,0%	1 14,3%	0 ,0%	16 40,0%
Yht.		N %	9 100,0%	20 100,0%	7 100,0%	4 100,0%	40 100,0%

Omaisen koulutusta ja tiedon saantia tarkasteltaessa huomattiin, että ne omaiset, joilla ei ollut ammattikoulutusta tai oli koulutason tutkinto, olivat tyytyväisimpiä saamaansa tietoon kuin ne, joilla oli opistotason tutkinto. Opistotason koulutuksen käyneistä omaisista 77,7% (n=14) olisi tarvinnut läheistään koskevaa tietoa paljon enemmän (n=6, 33,3%) tai jonkin verran enemmän (n=8, 44,4%). Kun taas omaisista joilla ei ollut ammattikoulutusta, jopa 80% (n=4) oli ollut tyytyväinen teho-osastolla saamaansa tietoon. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Omaisen koulutus ja läheiseen liittyvä tiedon saanti.

			Koulutus:				Vastan- neita yht.
			ei am- matti- koulu- tusta	kouluta- son tutkinto	opisto- tason tutkinto	yliopisto- tason tutkinto	
Enemmän tietoa läheiseen liittyen	Täysin samaa mieltä	n %	1 10,0%	2 20,0%	6 60,0%	1 10,0%	10 100,0%
	Osittain samaa mieltä	n %	0 ,0%	2 20,0%	8 80,0%	0 ,0%	10 100,0%
	en samaa enkä eri mieltä	n %	0 ,0%	3 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
	Osittain eri mieltä	n %	2 16,7%	6 50,0%	3 25,0%	1 8,3%	12 100,0%
	Täysin eri mieltä	n %	2 40,0%	1 20,0%	1 20,0%	1 20,0%	5 100,0%
Yht.		N %	5 12,5%	14 35,0%	18 45,0%	3 7,5%	40 100,0%

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Seuraavaksi tarkastellaan opinnäytetyön eettisyyttä ja siihen liittyviä asioita tämän opinnäytetyön kannalta. Eettisyyttä tarkastellaan muun muassa tieteen tekemiseen liittyvien asioiden sekä kvantitatiivisia menetelmiä koskevista näkökulmista käsin. Esille tuodaan myös lain opinnäytetyön tekijälle tuomat haasteet ja velvoitteet.

Opinnäytetyön eettisyys tulee selvittää aina ennen tutkimuksen tekoa. Tutkimuslaki (259/2004) edellyttää, että tutkimusten eettisyys arvioidaan etukäteen ja sen arvioi riippumaton eettinen toimikunta. Suomessa on 21 sairaanhoitopiiriä ja niissä yhteensä 25 eettistä toimikuntaa, jotka arvioivat tutkimuksen eettisyyden ja antavat puoltavan lausunnon ennen tutkimuksen aloitusta. (Mäkinen 2006, 81.) Opinnäytetyössä on noudatettu tutkimusluvan hankinnassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, operatiivisen tulosityksikön lupakäytäntöjä ja anottu eettiseltä toimikunnalta kirjallisesta lupaa opinnäytetyön teolle. Vasta kun eettinen toimikunta oli käsitellyt lupahakemuksen ja antanut sille puoltavan vastauksen, aineiston keruu aloitettiin. Aineiston keruussa noudatettiin eettisen toimikunnan antamaa ohjeistusta aineiston keruuseen ja säilytykseen liittyen.

Tutkijoiden ja opinnäytetyön tekijöiden on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tieteellinen tutkimus olisi eettisesti hyväksyttävää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Hyvää tieteellistä käytäntöä on noudatettu opinnäytetyön tekemisessä esimerkiksi niin, että opinnäytetyön teon jokaisessa vaiheessa on pyritty avoimuuteen, huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät on valittu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. Kaikissa tehdyissä valinnoissa on pyritty eettisesti oikeisiin valintoihin niin opinnäytetyön kuin opinnäytetyöhön osallistuvien kannalta. Opinnäytetyössä käytettyä lähdeaineistoa on tuotu esille muita tutkijoita kunnioittavalla tavalla ja heidän arvonsa mukaisesti.

Määrällisessä tutkimuksessa aiheutetaan vahinkoa yleensä kohderyhmälle tai tutkimuspaikalle esimerkiksi aineiston keruun yhteydessä. Opinnäytetyön tekijän tehtävänä onkin minimoida opinnäytetyön teosta aiheutuvat vahingot niin hyvin kuin mahdollista. Työn tekijän tulee opinnäytetyötä tehdessään noudattaa voimassa olevaa lainsäädäntöä, kuten esimerkiksi yksityisyyttä ja tekijänoikeuksia koskevia asioita. (Vilka 2007, 90-91.) Opinnäytetyön aineisto kerättiin itse tehdyllä mittarilla sydänkirurgisella teho-osastolla niin, että potilasta hoitava hoitaja antoi omaiselle tietoa opinnäytetyöstä, kyselylomakkeen ja kysyi samalla suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Tällöin voidaan ajatella, ettei opinnäytetyö rasittanut hoitohenkilökuntaa kohtuuttomasti, kun kyselylomakkeiden antaminen jakautui tasaisesti. Ja kun aineisto kerättiin kyselylomakkeella, ei työn tekijän tarvinnut aineistoa kerätessään olla poissa potilastyöstä tai käyttää sen keräämiseen työaikaa.

Sekä Henkilötietolaki 1999/523 ja Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621 velvoittavat työn tekijän noudattamaan tutkimusaineiston suhteen anonymisointia. Tämä lainsäädäntö ei kiellä henkilötietojen käyttämistä opinnäytetöissä, vaan se pyrkii takaamaan sen, että mahdollisia henkilötietoja kerätään, käytetään, säilytetään ja luovutetaan asiaan kuuluvalla tavalla. Tietosuoja velvoittaa työn tekijää huolehtimaan siitä, että opinnäytetyöhön osallistuvien henkilötiedot eivät joudu asiattomien käsiin ja että opinnäytetyöhön osallistuvien yksityisyyttä ei loukata millään muullakaan tavalla. Tutkittavien henkilötiedot suojataan esimerkiksi muuttamalla ne tunnistamattomiksi. (Vilka 2007, 95-96.) Tutkittavalla henkilöllä on aina oikeus valita, osallistuuko hän opinnäytetyöhön vai ei. Tutkittavalla on myös missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa oikeus keskeyttää osallistumisensa, jos niin haluaa. (Mäkinen 2006, 147.) Osallistuminen tähän opinnäytetyöhön on ollut vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen ole vaikuttanut mitenkään läheisen saamaan hoitoon. Myöskin tutkittava on voinut missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa keskeyttää osallistumisensa ja asia on tuotu esille sekä suullisesti kyselylomakkeen antamisen yhteydessä että kirjallisesti kyselylomakkeen mukana olevassa saatekirjeessä.

Sydänkirurgisella teho-osastolla käyvä omainen on voinut kieltäytyä osallistumasta opinnäytetyöhön ilman, että hänen on tarvinnut sitä mitenkään perustella. Vain opinnäytetyöhön osallistuville omaisille annettiin kyselylomake, jonka omainen pystyi täyttämään itselleen parhaiten sopivassa paikassa, kuten esimerkiksi omassa kodissaan ja itselleen parhaiten sopivana ajankohtana. Vastausaikaa kyselyyn oli annettu viikon verran. Opinnäytetyöhön osallistuvalla oli käytössään opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, johon kyselyyn osallistuneilla oli mahdollisuus ottaa halutessaan yhteyttä. Kyselylomakkeen sai palauttaa joko postitse tai teho-osastolla, omaisten huoneessa olleeseen palautuslaatikkoon. Mahdollistamalla kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuuden ja vapaavalintaisen vastausajan ja paikan, pyrittiin opinnäytetyössä siihen, ettei opinnäytetyöstä koituisi opinnäytetyöhön osallistuville tai teho-osaston henkilökunnalle ylimääräistä vaivaa tai vahinkoa.

Tämän opinnäytetyön aineisto käsiteltiin anonymisti sekä aineistoa säilytettiin lukitussa paikassa niin, etteivät ulkopuoliset päässeet niitä lukemaan. Myöskään lopullisesta raportista ei käy ilmi yksittäisten ihmisten vastaukset. Tämä varmistettiin sillä, ettei kyselylomakkeessa kysytty tutkittavan nimeä taikka henkilötunnusta. Mäkisen (2006) mukaan anonymiteetin säilyttämisellä on selkeitä etuja tutkimuksen kannalta, koska se lisää tutkijan vapautta. Tämä johtuu siitä, että tutkija voi käsitellä keräämäänsä aineistoa joutumatta pelkäämään, että hän vahingoittaa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Tällöin myös arkojen ja ristiriitaisten asioiden käsittely on helpompaa. Samalla lupaus henkilöllisyyden salaamisesta rohkaisee ihmisiä kertomaan rehellisesti ja suoraan tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. (Mäkinen 2006, 114.)

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuudessa keskitytään lähdekritiikkiin, kvantitatiivisen tutkimuksen erityispiirteiden ja työn luotettavuuteen liittyvien näkökulmien tarkasteluun tämän opinnäytetyön kannalta.

Lähdekritiikki on opinnäytetyön teossa tärkeää, koska aineiston ja lähteen laatu vaikuttavat oleellisesti opinnäytetyön luotettavuuteen. (Vilka 2007, 34.) Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään aitoja primäärlähteitä, jotka mahdollisesti vielä olisivat arvostettujen henkilöiden kirjoittamia. Ajallisesti on pyritty hakemaan kymmenen viime vuoden aikana julkaistua materiaalia ja poikkeustapauksissa on käytetty tätä vanhempia julkaisuja.

Tiedonhaku on muuttunut monella tavalla internetin avulla. Tiedonhaku on tänä päivänä nopeampaa ja käyttäjäystävällisempää. Tiedonkäyttäjä voi itse hakea tiedon ilman välikäsiä, jolloin vastuu tiedon laadusta ja oikeellisuudesta on käyttäjällä itsellään. Näin ollen loppukäyttäjä joutuu itse suorittamaan lähdekritiikin. (Mäkinen 2006, 163.) Opinnäytetyön

luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyössä käytetyt internet -lähteet on pyritty valitsemaan mahdollisimman luotettavista sivustoista, joiden ylläpitäjät ovat tunnettuja henkilöitä tai organisaatioita.

Kvantitatiivinen opinnäytetyö voidaan nähdä prosessina, joka etenee vaihe vaiheelta. Kvantitatiivisen opinnäytetyön lähtökohtana on tutkimusongelma tai -kysymykset joihin haetaan vastausta tai ratkaisua. Kun tutkimusongelmat on asetettu, määritellään mitä tietoa tarvitaan?, mistä tieto hankitaan? ja miten se kerätään?. Tarvittavasta tiedosta johdetaan kysymykset, joilla selvitetään tutkimuskohteena olevaa ilmiötä. Mittari rakennetaan huolellisesti ja se esitestataan ennen käyttöönottoa. Esitestauksen jälkeen aineisto kerätään ja analysoidaan menetelmään soveltuvalla analyysimenetelmällä. Tietojen tallennusvaiheessa suoritetaan tulosten koeajo, jolloin voidaan tarkastella näppäilyvirheitä ja muiden mahdollisten ei-sallittujen arvojen esiintymistä havaintomatriisissa. Tämän jälkeen havaitut virheet korjataan ja suoritetaan tarpeelliset tietokoneajot, jonka jälkeen ryhdytään kirjoittamaan raporttia. (Kananen, 2008, 11-13; Vilka 2007, 152.) Opinnäytetyöprosessissa on seurattu kvantitatiivisen tutkimusprosessin vaiheita yksi kerrallaan ”oikomatta” työvaiheita. Kaikkiin opinnäytetyön vaiheisiin on haettu asiaan kuuluvaa materiaalia ja työskentelyssä on pyritty huolellisuuteen, avoimuuteen ja rehellisyyteen. Tämä lisää osaltaan sekä opinnäytetyöprosessin että työn tulosten luotettavuutta.

Opinnäytetyössä pitää työn tekijän ottaa kantaa työn reliabiliteettiin ja valideuteen eli työn luotettavuuteen. Opinnäytetyö harvoin onnistuu sataprosenttisesti, sillä virhelähteitä on paljon, mutta työn tekijä on asian huomionut, jos hän raportissaan käy läpi opinnäytetyön luotettavuuskysymyksiä. (Kananen 2008, 13.) Valideetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, että opinnäytetyössä mitataan sitä, mitä pitikin mitata (Metsämuuronen 2003, 43; Toikko & Rantanen 2009, 122). Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä. Hyvä mittari tuottaa samat tulokset, kun tutkimus toistetaan, jolloin saadut tulokset eivät johdu sattumasta. Opinnäytetyön reliabiliteetti arvioidaan sekä opinnäytetyön teon aikana että opinnäytetyön teon jälkeen. Reliabiliteetissa voidaan erottaa kaksi erilaista tekijää: konsistenssi ja stabiliteetti. Stabiliteetilla mitataan mittarin ajassa pysymistä. Opinnäytetyöissä stabiliteettiin ei kuitenkaan voida kiinnittää paljonkaan huomiota, koska uusintamittauksiin ei useinkaan ole resursseja. Konsistenssi taas tarkoittaa sitä, että mittarin osatekijät mittaavat samaa asiaa. Tutkimuksen konsistenssia eli yhtenäisyyttä voidaan mitata Cronbachin alfa-kertoimen avulla. (Metsämuuronen 2003, 44-45; Kananen 2008, 79-80.) Opinnäytetyön mittarin konsistenssia on tarkasteltu Cronbachin alfa-kertoimen avulla aikaisemmin luvussa; Aineiston analyysi (Taulukko 5.)

Opinnäytetyölle asetettu vaatimustaso vaikuttaa opinnäytetyön kokonaisluotettavuuteen. Määrällisessä opinnäytetyössä vaatimustasoon kuuluu muun muassa se, että opinnäytetyön

tulee tuottaa jotain uutta, tutkimuskohde tulee olla määriteltynä täsmällisesti, työn teon tulee olla avointa, opinnäytetyössä käytetään teorioita ja teoreettisia käsitteitä, työ mittaa sitä, mitä sen pitikin mitata, tulokset on saatu puolueettomasti ja ne ovat tarkkoja ja toistettavissa olevia, opinnäytetyöstä saatu tieto tulee olla toisten sovellettavissa, opinnäytetyö noudattaa tutkimusetiikkaa ja säilyttää yksityisyyden, liike- ja ammattisalaisuuden. (Vilkkä 2007, 154.) Kaikkia näitä edellä mainittuja asioita on pyritty noudattamaan tätä opinnäytetyötä tehtäessä.

Opinnäytetyön tulosten paikkansa pitävyyden tarkistaminen, niiden yleistettävyyden ja julkistaminen ovat opinnäytetyön tärkeitä eettisiä periaatteita. Opinnäytetyön tekijän tulee koetella työn tuloksen luotettavuutta aina viimeiseen asti ja raportoida rehellisesti mahdolliset virheet ja niiden vaikutukset tuloksiin. (Mäkinen 2006, 102.) Tässä opinnäytetyössä tiedon luotettavuudella on suuri merkitys, koska tavoitteena on saada käytännön työhön konkreettinen apuväline, jota jokainen hoitotyöntekijä voi sydänkirurgisella teho-osastolla käyttää. Opinnäytetyön aineisto on kerätty sydänkirurgisella teho-osastolla, joten myös työn tulokset ovat siellä käyttökelpoisia. Mahdollisesti joiltain osin voidaan tulosten nähdä ainakin antavan suuntaa siihen, miten muiden teho-osastojen omaiset kokevat tuen saannin ja omaan hyvinvointiinsa liittyvät tekijät.

Ilkka Niiniluodon (2000) mukaan tieteellä on seuraavanlaisia piirteitä: kriittisyys, edistysvyys, autonomisuus ja objektiivisuus. Opinnäytetyön päämääränä tulisi olla ”hyvänlaatuinen lopputulos” eikä työn tekijän omien intressien edistäminen. (Niiniluoto 2000, 5-9.) Opinnäytetyön tekijän tulisi siis olla objektiivinen eli hänen omat mielipiteet eivät saa vaikuttaa työhön. Hänen on myös yritettävä raportoida tuloksista mahdollisimman neutraalisti ja vältettävä henkilökohtaista kannanottoa. Opinnäytetyön tekijän tulee myös pohtia omaa suhdettaan tutkittaviin ja pyrkiä poistamaan kaikki epäolennainen hänen ja tutkittavien välistä, jottei hän vaikuttaisi persoonallaan työn kulkuun. (Mäkinen 2006, 29.)

Opinnäytetyössä ei opinnäytetyön tekijä ole ajanut pelkästään omia intressejään vaan koko työyhteisön intressejä. Aihe sinällään on sydänkirurgisella teho-osastolla aikaisemmin kartoittamatonta, joten tulevaan tietoon suhtaudutaan neutraalin kiinnostuneesti ja avoimesti. Myös opinnäytetyön tekijä lähti opinnäytetyön tekoon ilman ennakkoasenteita ja mielipidettä. Kyselylomaketutkimuksessa työn tekijä itse ei välttämättä ole tekemisissä tutkittavien kanssa, joten tässä opinnäytetyössä ei opinnäytetyön tekijällä ollut tutkittaviin minkäänlaista henkilökohtaista suhdetta.

6.3 Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esille tehohoidossa olevan potilaan omaisen kokemuksia tuen tarpeistaan, tuen saannistaan sekä kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana. Tältä pohjalta kehitettiin hoitohenkilökunnalle toimintamalli omaisen tukemisen helpottamiseksi. Opinnäytetyössä tarkoitettiin omaisen hyvinvoinnin tukemisella Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla hoitohenkilökunnan antamaa tiedollista, emotionaalista, henkistä ja konkreettista tukea. Opinnäytetyössä tarkasteltiin myös omaisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä, kuten esimerkiksi väsymystä ja masentuneisuutta. Seuraavassa opinnäytetyön osassa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia verraten niitä aikaisempiin tutkimustuloksiin.

Omaiset kokivat läheisensä tehohoitoon joutumisen pääasiallisesti järkyttävänä. Eräs omaisista kuvasikin omia tuntemuksiaan: *”Tehon ovesta sisään astuttuaan toimiva ja järkevä omainen menee helposti regressioon. Suru, huoli, pienuuden tunne...”* (L 12). Tämä on tullut esille myös aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa, joissa omaisilla on todettu esiintyvän huolestuneisuutta ja pelkoa läheisen sairaalahoidon aikana. (Casarini ym. 2009, 217; Johansson ym. 2005, 292; Mäkinen 2002, 50.)

Opinnäytetyön tuloksissa havaittiin omaisilla selkeitä tiedon tarpeita läheisen hoitoon liittyen. Lähes puolet kyselyyn vastanneista omaisista olisi halunnut läheisensä hoitoon liittyvää tietoa enemmän. Läheisen vointiin liittyvään tiedon saantiin oltiin jokseenkin tyytyväisiä. Samoin läheiselle tehtävistä tutkimuksista ja niiden tuloksista kokivat omaiset saaneensa hyvin tietoa. Tietoa läheisen jatkosuunnitelmista koki saaneensa riittävästi noin puolet kyselyyn vastanneista. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä myös aikaisempien tutkimuksien kanssa. Muun muassa Mäkinen (2002), Ponkala, Suominen & Leino -Kilpi (1996) ovat todenneet, että tehohoidossa olevan potilaan omaisen tiedolliset tarpeet liittyvät etenkin läheisen voinnista, hoidosta ja jatkohoidosta saatavaan tietoon. (Mäkinen 2002, 59; Ponkala ym. 1996, 87).

Leikkauksen luonnetta ja läheiseen liittyvää tiedon saantia tarkasteltaessa voitiin opinnäytetyössä todeta, että sekä ennalta suunnitelluissa että päivystysleikkauksissa kokivat omaiset yhtä lailla tiedollisen tuen tarpeita. Kuitenkin suunnitellusti leikattujen potilaiden omaiset kokivat saaneensa läheiseensä liittyvää tietoa huonommin kuin päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaiset. Tähän voi olla syynä muun muassa hoitohenkilökunnan asenteet suunnitellusti leikattujen potilaiden omaisia kohtaan. Toiminnan taustalla voi olla

esimerkiksi ajatus siitä, että suunnitellusti leikkaukseen tulevien potilaiden omaiset ovat saaneet etukäteen enemmän tietoa leikkauksesta ja käytännön asioista. Näin ollen hoitohenkilökunta voi ajatella, että omaiset tarvitsevat vähemmän tukea kuin päivystysleikkaukseen tulevien potilaiden omaiset. Tämä tulos eroaa aikaisemmista tutkimustuloksista. Mattilan ym. (2009) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että elektiivisesti eli ennalta suunnitellusti hoitoon tulleen potilaan omaiset saivat hoitohenkilökunnalta paremmin tietoa kuin päivystyspotilaiden omaiset (Mattila ym. 2009, 291).

Suurin osa omaisista koki saaneensa tietoa aina sitä halutessaan. Pääasiallisesti sekä hoitajilta että lääkäreiltä saatu tieto oli yhdenmukaista. Lähes kaikkien kyselyyn vastanneiden mielestä saatu tieto oli myös kerrottu rehellisesti ja ymmärrettävällä kielellä. Läheistään koskevaa tietoa omaiset ilmoittivat saaneensa ensisijaisesti läheisensä hoitajalta. Yli puolelle omaisista oli halutessaan järjestetty mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa. Myös Lehdon ym. (2000) ja Åstedt-Kurki ym. (2010) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset olivat mielestään saaneet tietoa, joka oli yhdenmukaista, ymmärrettävää, luotettavaa ja rehellistä. (Lehto ym. 2000, 71; Åstedt-Kurki 2001, 373; Wasser ym. 2001; 192).

Läheiseen liittyvässä tiedon saannissa huomattiin naisten ja miesten välillä olevan eroa. Naisista reilusti yli puolet olisi tarvinnut enemmän tietoa läheiseen liittyen, kun miehistä vain alle puolet olisi kaivannut enemmän tietoa. Näin on todennut myös Azoulay ym. (2001), joiden tekemässä tutkimuksessa huomattiin, että tiedon tarve on jokaisella omaisella yksilöllinen. (Azoulay ym. 2001, 138). Muun muassa omaisen iällä ja sukupuolella on huomattu olevan merkitystä tiedon vastaanottamisessa (Lehto 1997, 53). Tiedollisen tuen anto onnistui omaisten mielestä kaikista tuen muodoista parhaiten (ka 4,51).

Omaisilla ilmeni selkeitä emotionaalisen tuen tarpeita, sillä lähes puolet omaisista olisi tarvinnut hoitajilta enemmän myötäelämistä. Tämä tulos on yhteneväinen myös aikaisempien tutkimuksien kanssa. (vrt. Casarini ym. 2009, 222; Kukkurainen 2006, 99; Kuronen 2002, 61). Vain yksi omaisen koki saavansa hoitajilta tarpeeksi myötäelämistä. Opinnäytetyöhön osallistuneiden omaisten mielestä sydänkirurgisen teho-osaston hoitohenkilökuntaa oli helppo lähestyä. Läheisen tehohoitojakson aikana omaiset kokivat, että olisivat tarvinneet osakseen enemmän lohdutusta, sillä vain vajaa puolet omaisista oli tyytyväisiä saamaansa lohdutukseen. Noin puolella kyselyyn vastanneista omaisista oli ollut mahdollisuus ilmaista omia tunteitaan ja omaisista tuntui, että hoitajat olivat vain jokseenkin kiinnostuneita heidän tunteistaan. Myös aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esille samansuuntaisia tuloksia. Lehdon (1997) tutkimuksen mukaan omaiset kokivat saaneensa osakseen kuuntelua,

luottamusta ja myötäelämistä. Noin puolet omaisista koki saaneensa hoitohenkilökunnalta myös lohdutusta, rauhoittamista sekä heillä oli ollut mahdollisuus ilmaista omia tunteitaan. (Lehto 1997, 32.) Aikaisemmissa tutkimuksissa omaiset olivat harvemmin saaneet rohkaisua puhua omista tunteistaan tai rohkaisua osallistua läheisensä hoitoon (Lehto ym. 2000, 69-70; Nuutinen & Raatikainen 2005, 142).

Opinnäytetyössä huomattiin emotionaalisen tuen suhteen eroja miesten ja naisten välillä. Miehistä noin puolet koki saaneensa hoitajilta liian vähän myötäelämistä, kun naisista reilusti yli puolet koki jääneensä liian vähälle myötäelämiselle. Leikkauksen luonteella (suunniteltu leikkaus tai päivystysleikkaus) ei opinnäytetyössä näyttänyt olevan vaikutusta omaisten myötäelämisen tarpeeseen. Hoitohenkilökunnan antama emotionaalinen tuki toteutui omaisten mielestä kaikista tuen muodoista toiseksi huonoiten (ka 4,18).

Hoitohenkilökunnalta saamaansa henkiseen tukeen olivat omaiset jokseenkin tyytyväisiä. Kyselyyn vastanneista omaisista suurin osa oli sitä mieltä, että hoitajilla oli aikaa kuunnella heitä. Pääasiallisesti omaiset kokivat myös, että hoitajat olivat luoneet heihin uskoa läheisensä toipumisesta. Hoitohenkilökunta myös rauhoitti heitä ja joissain tapauksissa rohkaisi omaista osallistumaan läheisensä hoitoon. Joukossa oli kyllä niitäkin omaisia, joita ei oltu rohkaistu ollenkaan osallistumaan läheisensä hoitoon.

Lähes kaikilla kyselyyn vastanneilla omaisilla oli olemassa läheisiä ihmisiä, joilta saavat henkistä tukea. Hoitohenkilökunnalta sai henkistä tukea omasta mielestään kiitettävästi noin kolmasosa omaisista. Jokseenkin hyvin henkistä tukea sai noin puolet vastaajista. Hoitohenkilökuntaan kykenivät omaiset luottamaan joko täysin tai ainakin osittain. Suurin osa sekä naisista että miehistä koki saaneensa hoitohenkilökunnalta henkistä tukea hyvin. Omaisten saama henkinen tuki näyttäisi olevan kaikista hoitohenkilökunnan antamista tuen muodoista toiseksi hyvin toteutunein (ka 4,38).

Opinnäytetyössä tuotiin esille, että sydänkirurgisella teho-osastolla oleva omahoitajakäytäntö koettiin positiivisena: *”Asiallista ja helpottavaa, että potilaalla on omahoitaja, jolta saa helpolla tietoa potilaasta eli hän tuntee potilaan hyvin”* (L 1.) Omahoitajakäytäntö on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa helpottavan yhteydenpitoa ja omaisten ajan tasalla pysymistä. (vrt. Arvola 2008, 26.)

Konkreettista tukea kokivat opinnäytetyöhön osallistuneet omaiset saaneensa Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla kohtuullisen hyvin. Pääsääntöisesti omaiset saivat etukäteen yhteystiedot teho-osastolle. Lehdon ym. (2000) tutkimuksessa osa omaisista olisi kuitenkin kaivannut enemmän etukäteen tietoa teho-osaston toiminnasta. (Lehto ym. 2000, 72.) Teho-osaston vierailuajat koettiin joustaviksi. Noin puolet kyselyyn vastanneista omaisista oli saanut hoitajilta etukäteen tietoa kuinka toimia, kun on tulossa teho-osastolle käymään. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on tullut esille, että konkreettiseen tukeen liittyen omaiset olettivat hoitohenkilökunnan kertovan omaisille miten vierailut osastolle tapahtuvat ja mihin aikaan osastolle voi tulla vierailemaan (vrt. Arvola 2008, 26). Itse tehohoitoympäristöstä saivat omaiset etukäteen tietoa kohtalaisen hyvin. Omaisten odotustila teho-osastolla koettiin jokseenkin viihtyisäksi, mutta kolmen omaisen mielestä se ei ollut viihtyisä.

Mahdollisuutta yksinloon, virkistäytymiseen ja lepoon oli hoitohenkilökunta tarjonnut omaisille jokseenkin hyvin. Kolme omaista oli kuitenkin kokenut, ettei heillä ollut lainkaan mahdollisuutta lepoon. Eräs omaisista luonnehtikin tilannetta näin: *”Hoitohenkilökunta on tukenut täysin, mutta normaali työni, jota teen 7 päivänä viikossa, on estänyt levon. On ollut todella raskasta”* (L 28.) Suurin osa omaisista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli rohkaissut heitä olemaan yhteydessä teho-osastolle aina niin halutessaan.

Tässä opinnäytetyössä huomattiin konkreettisen tuen saannissa eroja naisten ja miesten välillä. Käytännön asioihin liittyvää tietoa kokivat miehet yleisesti saaneensa naisia huonommin. Kaikkiaan käytännön asioista olisi suurin osa omaisista kaivannut enemmän tietoa. Konkreettisen tuen saannissa huomattiinkin eniten puutteita muihin tuen muotoihin verrattuna. Tuen muodoista konkreettinen tuki toteutui omaisten mielestä kaikista tuen muodoista huonoiten (ka 4,03).

Tarkasteltaessa opinnäytetyön tuloksia omaisten hyvinvoinnista voidaan todeta, että suurin osa omaisista koki vointinsa hyväksi tai jokseenkin hyväksi läheisen tehohoitojakson aikana. Myöskin oma elämäntilanne koettiin kaiken kaikkiaan kohtalaisen hyväksi. Verrattaessa läheisen tehohoitojakson kestoa ja omaisen kokemusta sekä omasta voinnistaan että omasta elämäntilanteestaan huomattiin kuitenkin, että mitä pitempään läheisen tehohoito oli kestänyt, sitä huonommaksi omainen vointinsa ja elämäntilanteensa koki. Esimerkiksi yli kaksi viikkoa hoidossa olleista omaisista enää vain yksi omainen koki elämäntilanteensa hyväksi.

Opinnäytetyössä huomattiin omaisilla sekä fyysisiä että psyykkisiä reaktioita läheisen tehohoidosta johtuen. Yli puolella kyselyyn vastanneista omaisista esiintyi ruokahaluttomuutta ja unettomuutta. Tarkasteltaessa läheisen hoitoajan sen hetkistä kestoa ja omaisen kokemusta ruokahaluttomuudestaan voitiin todeta, että mitä pitempään läheisen tehohoito oli kestänyt, sitä enemmän omaisilla esiintyi ruokahaluttomuutta. Myös omaisten uniongelmiin havaittiin lisääntyvän läheisen tehohoitojakson pidentyessä. Lähes puolella omaisista havaittiin ruokahaluttomuuden ja uniongelmiin lisäksi fyysisinä oireina myös väsymystä ja voimattomuutta. Jokapäiväisistä askareista suoriutuminen oli läheisen tehohoitojakson aikana omaisten mielestä tavallista huonompaa.

Psyykkisistä reaktioista omaisilla oli eniten havaittavissa masennusta ja ahdistusta sekä jonkin verran hermostuneisuutta ja surullisuutta. Mäkisen (2002) tekemän tutkimuksen mukaan kaikkein tärkeintä omaiselle on se, että hänen läheistään kohdellaan ystävällisesti ja että läheinen saa parasta mahdollista hoitoa (Mäkinen 2002, 56). Avoimissa vastauksissa omaiset toivatkin selvästi esille, että he kokivat läheisensä voinnin ja siitä huolehtimisen tärkeämmäksi kuin omasta voinnistaan huolehtimisen. Kaksi omaista luonnehti asiaa näin: *”Osaan hakea hoitoa omaan tilanteeseeni. Puoliso on hoidossa teho-osastolla ja saa siellä parhaan mahdollisen hoidon. Tärkeintä on, että hoitohenkilöstö huolehtii potilaista eikä tarvitse jakaa aikaansa omaisten hoitoon”* (L 39.) ja *” Olen tyytyväinen siihen, että he hoitavat omaiseni 100%. Silloin itse voin rentoutua ja olla turvallisin ja rauhallisin mielin ja näin saan voimaa jaksaa* (L 35.)

Myös aikaisempien tutkimuksien mukaan omaisilla esiintyy läheisen tehohoidosta johtuen sekä fyysisiä että psyykkisiä reaktioita, kuten väsymystä, ahdistuneisuutta, masennusta ruokahaluttomuutta ja uniongelmiä (Arvola 2008, 32; Kettunen 1998, 72). Omaiset olivat tuneet esille, että jokapäiväisistä askareista selviytyminen tuntui hankalalta ja ihmissuhteissa oli vaikeuksia (Kettunen 1998, 72; Mäkinen 2002, 50-51). Kaikista näistä omaisten reaktioista huolimatta, omaiset kokivat tärkeämmäksi läheisen vointiin liittyvän tiedon saannin kuin omaan hyvinvointiinsa liittyvän tiedon saannin (Arvola 2008, 43; Ponkala ym. 1996, 90).

6.4 Jatkokehittämisasiheita

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyöstä tulleita jatkokehittämisasiheita, joita opinnäytetyön tekijälle nousi esille sekä työn tekovaiheessa että opinnäytetyön tulosten

kirjoittamisen jälkeen. Jatkokehittämisaiheet painottuvat tehohoitoympäristöön, jossa opinnäytetyökin on tehty.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä työnä. Mielenkiintoista olisi, jos omaisen hyvinvointia kartoitettaisiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti esimerkiksi haastatteleamalla omaisia joko yksittäin tai pienissä ryhmissä. Tällainen menettelytapa voisi tuoda lisää erilaisia näkökulmia omaisten tuen tarpeeseen ja tukemiseen sekä omaisen hyvinvoinnin kokemiseen läheisen tehohoitajakson aikana. Omaisille ryhmäkeskustelutilanne voisi myös olla antoisaa, koska omaisen saisi jakaa omia kokemuksiaan toisten omaisten kanssa. Haastattelutilanne olisi samalla vertaistukea antavaa, jolloin myös omaiset itse hyötyisivät aineistonkeruu -tilanteesta enemmän kuin muissa menetelmissä.

Omaisen tukemista teho-osastolla olisi antoisaa tarkastella myös triangulaatio -menetelmällä. Aineistoa voisi kerätä sekä sairaanhoitajilta, lääkäreiltä että omaisilta samanaikaisesti, jolloin asiaan tulisi useampi näkökulma. Mielenkiintoista tässä menetelmässä olisi se, että voitaisiin tarkemmin verrata eri henkilöiden ja ammattiryhmien ajatuksia ja näkemyksiä samasta asiasta. Tällainen aineiston keruu voisi puolin jos toisinkin avata eri ammattiryhmien tietoisuutta esimerkiksi siitä, minkälaisen vaikutelman he käyttäytymisellään antavat omaiselle. Tällaisen aineiston keruun tuloksena pystyisivät sekä hoitajat että lääkärit paremmin kiinnittämään huomiota sekä käyttäytymiseensä että tuen antotapaansa, jotta omaisen hyvinvoinnin paras mahdollinen tukeminen onnistuisi.

Opinnäytetyössä tuli esille, että omaisen hyvinvoinnin kokemiseen ja tuen tarpeeseen vaikuttavat omaisen taustalla olevat erilaiset tekijät. Jatkokehittämisaiheena olisikin perehtyä tarkemmin pelkästään näihin omaisen taustalla vaikuttavien tekijöiden, kuten esimerkiksi iän, sukupuolen, aikaisempien sairaalakokemusten ja sukulaissuhteen vaikutuksia omaisen tuen tarpeeseen ja hyvinvoinnin kokemiseen. Tällaisessa kehittämistyössä saataisiin tarkempaa tietoa siitä, kuinka erilaisia ”omaisryhmiä” tulisi kohdella ja tukea läheisen tehohoitajakson aikana.

Opinnäytetyössä kehitettiin hoitohenkilökunnalle käyttöön kolmivaiheinen toimintamalli omaisen hyvinvoinnin tukemiseksi. Jatkokehittämishaasteena olisi toimintamallin käyttöönoton jälkeen kerätä hoitohenkilökunnalta kokemuksia toimintamallin käyttökelpoisuudesta ja siitä onko se auttanut hoitajaa omaisen tukemisessa?. Myös omaisten tuen saannin kokemuksia olisi hyödyllistä kartoittaa toimintamallin käyttöönoton jälkeen,

koska silloin voitaisiin arvioida paremmin toimintamallin vaikuttavuutta eli sitä, ovatko omaisten tuen saannin kokemukset parantuneet vai huonontuneet aikaisempaan tilanteeseen verrattuna?. Sekä hoitohenkilökunnalta että omaisilta saadun palautteen avulla voitaisiin toimintamallia mahdollisesti kehittää vielä omaisten tukemista parantavampaan suuntaan.

7 Omaisen hyvinvoinnin tukemisen toimintamalli

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sydänkirurgisen teho-osaston hoitohenkilökunnalle toimintamalli omaisen tukemisen helpottamiseksi. Monien kehittämishankkeiden perimmäisenä tarkoituksena onkin juuri hyvien käytäntöjen kehittäminen. Viime aikoina on entisestään korostunut ajatus siitä, että hyvien käytäntöjen määrittelyssä tulisi tukeutua selkeään näyttöön käytännön toimivuudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 148.) Terveystuon kehittämissankkeissa on yhtenä tavoitteena usein organisaation oppiminen ja henkilökunnan osaamisen kehittäminen (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 41).

Kyngäs ym. (2007) ovat teoksessaan: Ohjaaminen hoitotyössä, tuoneet esille sen, että hoitajien työtä tulisi kehittää enemmän ajankohtaiseen tutkimustietoon perustuvaksi. Opinnäytetyössä pyrittiin Evidence based eli näyttöön perustuvan toiminnan avulla löytämään Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston hoitohenkilökunnalle paras mahdollinen toimintamalli omaisen hyvinvoinnin tukemiseksi. (vrt. Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 62.) Toimintamalli luotiin yhdistämällä sekä opinnäytetyön tuloksia että aikaisemmissa tutkimuksissa hyväksi havaittuja toimintatapoja. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä on omaisen tukemista ja tuen tarvetta koskevan tiedon systemaattinen ja kriittinen arviointi ja yhdistely. (Kyngäs ym. 2007, 62).

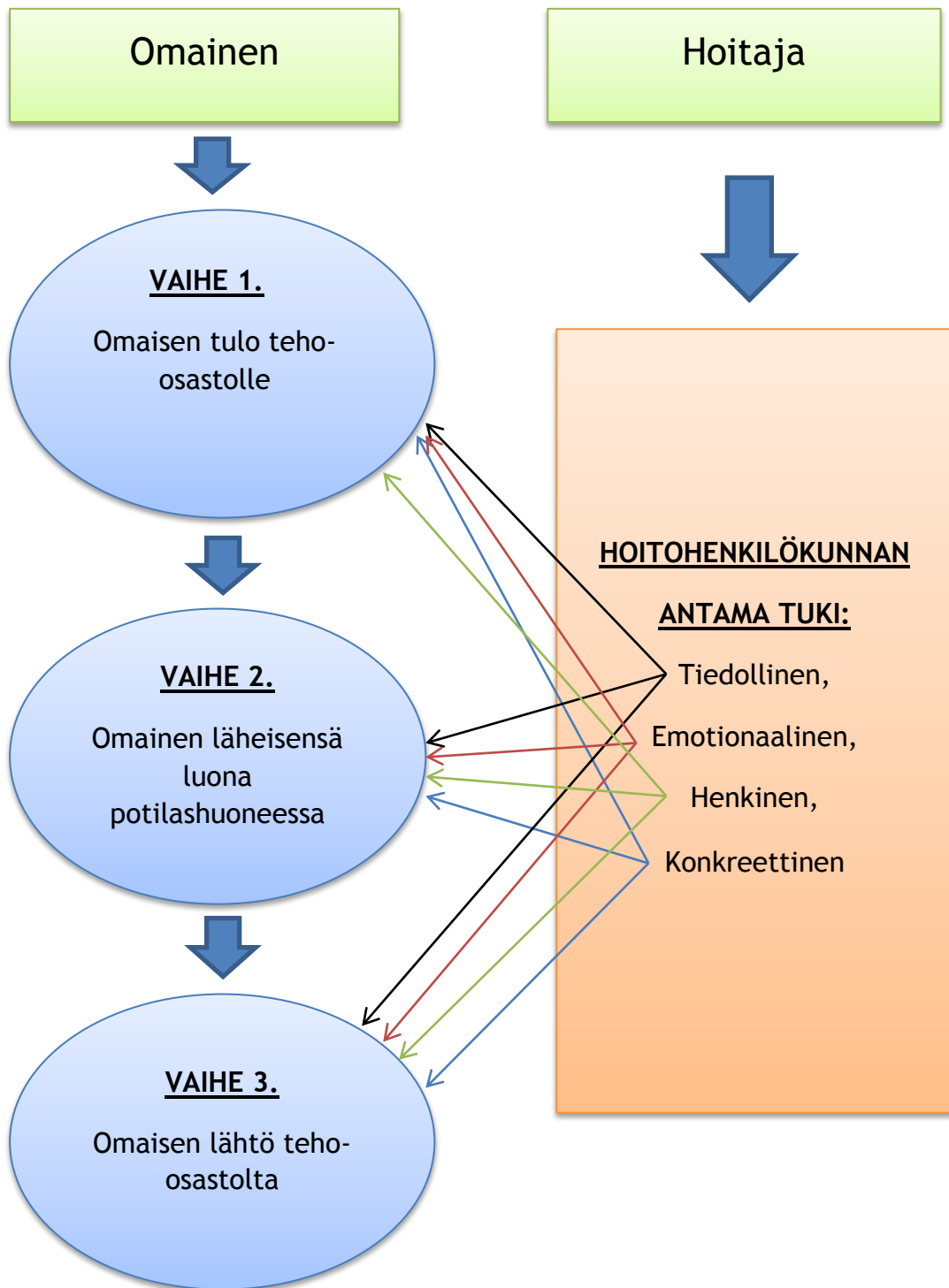
Tutkimustiedon avulla voidaan pyrkiä hyvien käytäntöjen konstruointiin. Hyviksi käytännöiksi muotoiltu kehittämisen tulos voidaan siirtää myös uusiin toimintaympäristöihin. (Toikko & Rantanen 2009, 11.) Kehittäminen nähdään usein tavoitteellisena, konkreettisena toimintana. Kehittämisellä voidaan pyrkiä esimerkiksi toimintarakenteen tai toimintatavan kehittämiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.) Yksinkertaisimmillaan kehittäminen voi koskea yhden työntekijän työskentelyn kehittämistä. Laaja-alaisempaa kehittämistä on esimerkiksi koko organisaation yhteisen toimintatavan selkeyttäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 14.) Tässä opinnäytetyössä kehittäminen koski koko hoitohenkilökuntaa, koska toimintamalli luotiin koko hoitohenkilökunnan käyttöön.

Kehittämisellä tavoitellaan aina jotakin parempaa tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat tai -rakenteet. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla ongelmat nykyisessä tilanteessa tai toiminnassa tai toisaalta voidaan vain haluta uudistaa vanhoja

tapoja. (Toikko & Rantanen 2009, 16.) Tämän toimintamallin tarkoituksena oli sekä uudistaa vanhoja toimintatapoja että tuoda esille toiminnan perustuminen näyttöön. Usein kehittämistä perustellaan myös toimintaympäristön muutoksilla. Kysymys on tuolloin mukautumisesta ulkoisiin vaatimuksiin. (Toikko & Rantanen 2009, 18.) Opinnäytetyön toimintamallilla pyritään vastaamaan myös omaisten lisääntyviin tuen tarpeisiin, jolloin voidaan ajatella, että sen avulla pyritään mukautumaan myös ulkoisiin vaatimuksiin.

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa kysyttiin omaisilta heidän omia ehdotuksiaan omaisen hyvinvoinnin tukemiseksi teho-osastolla. Suurin osa kysymykseen vastanneista omaisista ilmaisi tyytyväisyytensä hoitohenkilökunnalta saamaansa tukeen. Kaksi omaista toi kuitenkin esille, että olisi toivonut kahdenkeskistä aikaa hoitajan kanssa, jolloin olisi ollut mahdollista keskustella rauhassa läheiseen liittyvistä asioista. Samoin hän toivoivat, että hoitajat puhuisivat yksinkertaisia termejä käyttäen.

Sekä aikaisemman tiedon perusteella että opinnäytetyön tulosten perusteella, kehitettiin teho-osastolla työskentelevälle hoitohenkilökunnalle kolmivaiheinen omaisen tukemisen toimintamalli. Toimintamalli kehitettiin, koska hoitohenkilökunnalta vaaditaan kykyä nähdä omaisen sekä fyysinen että psyykinen tila, jonka pohjalta hoitajan tulee arvioida omaisen kaipaaman tiedon ja tuen tarvetta. Näiden tietojen perusteella hoitajan tulisi pystyä antamaan omaiselle yksilöllistä tietoa sekä tukea. Hoitajan antaman tiedon ja tuen avulla on omaisella paremmat mahdollisuudet selviytyä läheisensä tehohoitoon joutumisen aiheuttamasta stressistä. (vrt. Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 45.) Hoitohenkilökunnalta saatu tuki parantaa myös omaisen omaa hyvinvointia. Seuraavassa kuviossa tuodaan esille omaisen hyvinvoinnin tukemisen toimintamalli kokonaisuudessaan (Kuvio 1.). Toimintamallia käydään kuvion jälkeen tarkemmin läpi vaihe kerrallaan konkreettisten esimerkkien avulla.



Kuvio 1. Omaisen hyvinvoinnin tukemisen toimintamalli.

Vaihe 1. Omaisen tulo teho-osastolle

Sydänkirurgisessa leikkauksessa olleen potilaan omaiset ovat yleensä leikkauspäivänä puhelimitse yhteydessä teho-osastolle ja saavat hoitajalta kuulla läheisensä sen hetkisestä voinnista. Lääkärin soitto omaiselle heti läheisen leikkauksen jälkeen on suotavaa, koska sen on aikaisempien tutkimuksien perusteella todettu laukaisevan omaisen jännitystä. Meilahden sairaalassa, sydänkirurgisella teho-osastolla hoidossa olevien potilaiden omaiset tulevat yleensä teho-osastolle läheistään katsomaan vasta leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tämä on suositeltavaa, koska sydänleikkauksessa olleen potilaan välitön leikkauksen jälkeinen tehohoito on vaativaa, elintoimintoja ylläpitävää hoitoa ja potilas pidetään nukutettuna monesti leikkauspäivän iltaan asti.

Kun omainen tulee teho-osastolle vierailemaan, ohjataan häntä ensin vierailuun liittyvissä käytännön asioissa, koska sekä aikaisemmissa tutkimuksissa että tässä opinnäytetyössä huomattiin puutteita omaisen konkreettisessa tukemisessa. Omainen toivotetaan tervetulleeksi ja ohjataan osastolla olevaan omaistenhuoneeseen. Omaista neuvotaan jättämään omaistenhuoneessa olevaan naulakkoon ulkovaatteensa ja lukolliseen säilytyskaappiin esimerkiksi laukkunsa. Samalla omaista neuvotaan pesemään kätensä omaistenhuoneessa olevassa vessassa ja käyttämään käsihuuhdetta. Omainen odottaa omaistenhuoneessa, kunnes läheisen omahoitaja tulee hänet sieltä hakemaan.

Omaisen vierailun aikana korostuu läheistä hoitavan omahoitajan rooli. Sekä aikaisemmin tehdyt tutkimukset että tämän opinnäytetyön tulokset puoltavat sitä, että omaiset ovat kokeneet läheisen omahoitajan kanssa asioinnin helpottavana, koska omahoitaja tuntee ja tietää läheiseen liittyvät asiat omaisen mielestä parhaiten. Kun omahoitaja kuulee omaisen tulleen vierailulle, tarkistaa hän ensin muilta huoneessa työskenteleviltä hoitajilta ja potilailta sopiiko heille, että omainen tulee huoneeseen. Joskus esimerkiksi potilashuoneessa tehtävät hoitotoimenpiteet tai tutkimukset ovat kesken ja omainen joutuu odottamaan omaistenhuoneessa niiden päättymistä. Tärkeää kuitenkin on, että omaista tiedotetaan tilanteesta. Joskus jos näyttää, että omainen joutuu odottamaan kauan, voi omahoitaja ehdottaa, että omainen käy sillä välin vaikka kahvilla -jolloin samalla tuetaan omaisen omaa hyvinvointia.

Kun läheistä hoitava hoitaja hakee omaisen potilashuoneeseen, tulee hänen esittäytyä omaiselle. Samalla on hyvä kysyä onko omainen käynyt teho-osastolla aikaisemmin ja kuinka tuttu tehohoitoympäristö entuudestaan on. Sekä tehohoitoympäristöstä että vierailukäytännöistä ovat omaiset kokeneet tarvitsevänsä tietoa sekä aikaisempien tutkimuksien että tämän opinnäytetyön tulosten perusteella. Jos omainen on käymässä teho-osastolla ensimmäistä kertaa, on hoitajan hyvä kertoa läheisen mahdollisesti muuttuneesta ulkonäöstä tai voinnista. Hoitajan on hyvä kertoa myös läheisessä kiinni olevista erilaisista tarkkailu- ja

apulaitteista sekä niiden merkityksestä läheisen hoidossa. Omaista on hyvä varoittaa, jos läheisen vointi on merkittävästi muuttunut huonompaan suuntaan esimerkiksi omaisen edellisen vierailun jälkeen. Omaiselle tiedon saanti etukäteen on tärkeää, jotta hän pystyy suhtautumaan potilashuoneeseen mennessään muuttuneeseen tilanteeseen rauhallisemmin.

Vaihe 2. Omainen läheisensä luona potilashuoneessa

Aikaisempien tutkimustulosten perusteella hoitajan tulee aloittaa keskustelu omaisen kanssa ja antaa läheistä koskevaa tietoa, vaikka omainen itse sitä pyytäisikään. Omahoitaja antaa omaiselle tietoa läheisen hoidosta, voinnista, mahdollisista tutkimuksista ja niiden tuloksista sekä jatkosuunnitelmista. Omaisen omat ehdotukset esimerkiksi läheisen hoidon suhteen huomioidaan mahdollisuuksien mukaan. Omaista kannattaa kuunnella aikaisemmin tehtyjen tutkimuksien perusteella, sillä omainen voi antaa jotakin tärkeää läheisen aikaisempaan terveydentilaan tai tapoihin liittyvää tietoa, joka tulee huomioida potilaan hoidon suunnittelussa. Omaiselle kerrotaan myös osaston omahoitajakäytännöstä ja päiväohjelmasta, koska näihin liittyvässä tiedon saannissa on koettu puutteita. Tietoa annetaan rauhallisessa paikassa ja annetun tiedon tulee olla rehellistä, ymmärrettävää, yhdenmukaista ja mahdollisuuksien mukaan omaisen omalla kotikielellä annettua. Omaisat ovat toivoneet tätä sekä opinnäytetyön tulosten että aikaisemmin tehtyjen tutkimuksien perusteella. Omaiselle annetaan keskustelun lomassa mahdollisuus kommentoida asioita ja kysyä epäselvistä asioista.

Omaisen ollessa potilashuoneessa, tulee omahoitajan mahdollisuuksien mukaan olla läsnä ja omaisen saatavilla, koska omaiset ovat kokeneet tämän asian erittäin positiivisena aikaisemmissa tutkimuksissa. Potilashuoneessa voidaan omaista rohkaista koskettamaan läheistään, vaikka kädestä kiinni pitämällä. Hoitaja voi myös kertoa, että vaikka läheinen nukkuisi, voi tälle jutella ja kertoa asioita. Tämä asia on koettu aikaisemmissa tutkimuksissa tärkeäksi, koska omaiset eivät monestikaan tiedä mihin voivat potilashuoneessa koskea tai mitä voivat potilashuoneessa tehdä.

Omaiselle ja potilaalle, joka pystyy itse juttelemaan ja kertomaan asioistaan, annetaan myös kahdenkeskistä aikaa. Omahoitaja voi mennä hieman kauemmaksi potilaasta ja omaisesta ja sanoa, että ”jutelkaa rauhassa, olen tässä lähellä, jos tarvitsette jotakin”. Omaista tulee useammin rohkaista osallistumaan läheisensä hoitoon, kuten tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esille. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista. Esimerkiksi, kun potilaan vointi on kriittinen ja häntä hoidetaan lääkkeellisesti ja erilaisten apulaitteiden avulla, on omaisen mahdollisuudet osallistua hoitoon vähäiset. Mutta kuntoutumassa olevaa potilasta, voi omainen auttaa esimerkiksi pesuissa, syömisessä tai juomisessa ja omainen voi lukea läheiselleen vaikka kirjaa. Kaikista näistä hoitoon osallistumisen mahdollisuuksista kaipaavat omaiset tietoa.

Omaiselle tulee tarjota aikaisempien tutkimustulosten sekä opinnäytetyön tulosten perusteella mahdollisuutta keskustella lääkärin kanssa. Omahoitajan onkin hyvä tiedustella omaiselta onko tämä läheisen tehohoitojakson aikana keskustellut läheisensä hoidosta lääkärin kanssa tai haluaisiko hän mahdollisesti keskustella. Jos omainen haluaa keskustella lääkärin kanssa, järjestää omahoitaja asian. Omaisen ja lääkärin keskustellessa on omahoitajan hyvä olla mukana kuuntelemassa keskustelua, jotta hoitajan ja lääkärin antamat tiedot olisivat mahdollisimman yhteneväiset ja ristiriitaisen tiedon annolta välttään. Yhteneväisen ja rehellisen tiedon saannin tärkeys on korostunut myös aikaisemmissa tutkimuksissa.

Vaihe 3. Omaisen lähtö teho-osastolta

Kun omainen lähtee teho-osastolta, saattaa hoitaja omaisen osaston ulko-ovelle saakka ja palaa vasta tämän jälkeen jatkamaan läheisen hoitoa. Tämän käytännön on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa lisäävän omaisen turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta siihen, että läheistä hoidetaan mahdollisimman hyvin. Ennen omaisen lähtöä on hoitajan vielä hyvä varmistaa, ettei omaiselle jäänyt mikään asia epäselväksi. Joskus on hyvä kerrata vielä kerran omaisen kanssa potilaan asioita ja varmistaa, että omainen on ymmärtänyt ne oikein. Samalla on hyvä tarkistaa, että omaisella on yhteystiedot osastolle ja että hän on tietoinen esimerkiksi suositeltavista vierailuajoista, koska näissä konkreettiseen tukeen liittyvissä asioissa on huomattu olevan puutteita. Omaista tulee rohkaista olemaan yhteydessä teho-osastolle aina, kun kokee tarvetta saada tietoa läheisestään.

Monesti ne omaiset, joiden läheinen on joutunut tehohoitoon yllättäen, tarvitsevat hoitajalta paljon tiedollista ja konkreettista tukea. Itkuinen ja surullinen omainen tarvitsee hoitajalta myös rauhoittelua, lohdutusta ja myötäelämistä sekä toivoa kestää vaikean elämäntilanteen yli. Omaista tulee kuunnella ja rohkaista kertomaan omista tunteistaan. Osoittamalla olevansa kiinnostunut omaisesta, lisää hoitaja omaisen oman arvon tunnetta ja tunnetta siitä, että hänet hyväksytään sellaisena kuin hän on.

Erityisesti pitemmän aikaa tehohoidossa olleen potilaan omaisen kohdalla tulee opinnäytetyön tulosten perusteella kiinnittää huomiota omaisen omaan jaksamiseen. Hoitaja voi kysyä omaiselta esimerkiksi mitä hänelle kuuluu? tai kuinka tämä on jaksellut läheisen tehohoidon aikana?. Hoitaja voi kysyä omaiselta myös onko tällä läheisiä ihmisiä tai sukulaisia tukena vai kokeeko omainen olonsa yksinäiseksi?. Jos omainen vaikuttaa kovin ahdistuneelta, väsyneeltä tai yksinäiseltä, tulee hoitajan kertoa erilaisista tukipalveluista, kuten esimerkiksi mahdollisuudesta keskustella pastorin, psykologin tai sosiaalihoitajan kanssa. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa on tullut omaisten kohdalla esille tiedon saannin tarve erilaisista tukipalveluista. Hoitaja voi antaa omaiselle myös tarvittavat yhteystiedot, jotta omainen saisi mahdollisimman helposti apua itselleen. Kiinnostusta omaisen hyvinvointia kohtaan voi

hoitaja edelleen osoittaa kertomalla omaiselle syömisen, juomisen ja levon tärkeydestä. Hoitaja voi tarjota omaiselle mahdollisuutta mennä esimerkiksi ruokailemaan ja ulkoilemaan, kuten aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa on tullut esille. Omaista voidaan välillä myös kehottaa olemaan poissa sairaalasta ja tekemään jotakin itselle mielekästä, kuten esimerkiksi käydä kävelylenkillä. Tällä tavalla toimimalla kiinnittää hoitaja omaisen huomiota omaisen omaan jaksamiseen.

Kaiken kaikkiaan omaisen hyvinvoinnin tukeminen on erittäin haastavaa ja laaja-alaista. Siksi tämä toimintamalli ei voikaan antaa hoitohenkilökunnalle aivan yksiselitteistä mallia omaisen tukemiseen, vaan toimintamalli on suuntaa antava. Jokainen omaisen tulee huomioida yksilöllisesti ja hoitohenkilökunnan tulee vastata omaisen yksilöllisiin, sen hetkisiin tuen tarpeisiin. Pääasia on, että omaisen kokee saavansa hoitohenkilökunnalta sillä hetkellä tarvitsemansa tuen.

Lähteet

- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Ambrosius, Huittinen, V-M., Kari, A., Leino-Kilpi, H., Niinikoski, J., Ohtonen, M., Rauhala, V., Tammisto, T. & Takkunen, O. 1997. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. STHY. <http://www.sthy.fi/infot/eettiset.pdf>
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2001. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOY.
- Arvola, T. 2008. Omaisten hoitoon osallistuminen. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J-R., Dhainaut, J. F. & Schlemmer, B. 2001. Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families. American journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Vol.163 (1), 135-139.
- Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietoisuuteen. Tutkiva hoitotyö. Vol. 5 (4), 9-14.
- Burns, N. & Grove, SK. 2001. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. Fourth Edition. USA: WB Saunders Company.
- Casarini, K. A., Gorayeb, R. & Filho, A. B. 2009. Coping by relatives of critical care patients. Heart & Lung. Vol.38 (3), 217-227.
- Eriksson, E. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa: Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- El-Masri, M. M. & Fox-Wasylyshyn, S. M. 2007. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. Intensive and Critical Care Nursing. Vol.23, 43-50.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2009. Induktiivis-deduktiivisen keskitason teorian kehittäminen: Esimerkkinä teoria pohjoissuomalaisen kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Hoitotiede. Vol.21 (1), 54-66.
- Gothoni, R. 1991. Omaiset - loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:4.
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoidajien näkökulmasta. Hoitotiede. Vol. 21 (1), 34-44.
- Heikkilä, Jokinen & Nurmela. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämissankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva hoitotyö. Vol. 2 (4), 24-29.
- Johansson, I., Fridlund B. & Hildingh, C. 2005. What is supportive when an Adult next-of-kin is in Critical Care? Nursing in Critical Care. Vol.10 (6), 289-298.

Kaarlola, A. 1998. Potilaiden selviytyminen ja elämänlaatu vuoden kuluttua tehohoidosta sekä potilaiden ja omaisten kokemukset hoitojaksosta. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.

Kaarlola, A., Tallgren, M. & Pettilä, V. 2006. Long term survival, quality of life and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. *Critical Care Medicine* 34, 2120-6.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.

Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille - kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Kattainen, E. & Meriläinen, P. 2004. NHP, RAND -36 ja 15D mittareiden psykometristen ominaisuuksien vertailu - mittarin valinnan perustelut sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden elämänlaatututkimukseen. *Hoitotiede*. Vol. 16 (5) 202-213.

Kesäniemi, Y.A. & Salomaa, V. 2009. Sepelvaltimotauti. Esiintyminen. Luettu 1.5.2011. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00004

Kettunen, S. 1998. Sydäninfarktipotilaiden puolisoiden selviytyminen potilaan toipilasvaiheen aikana. Tutkimus puolisoiden kokemuksista puolison sairastuessa, heidän selviytymiskeinonsa käytöstä sekä ammattihenkilöiltä saamastaan tuesta. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.

Koponen, L., Mattila, L-R. & Häggman-Laitila. 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta -katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. *Hoitotiede*. Vol.20 (1), 3-13.

Kukkurainen, M. L. 2006. Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Oulu: Oulu university press.

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja Terveystieteiden raportteja 8/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kuronen, M. 2002. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden puolisoiden psykososiaalinen hyvinvointi ohitusleikkausprosessin eri vaiheissa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Kuuppelomäki, M. 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Helsinki: Kirjayhtymä oy.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - sairaanhoitajien näkökulma. *Hoitotiede*. Vol. 14 (3), 117-128.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lehto, B., Laitinen-Junkkari, P. & Turunen, H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. *Hoitotiede*. Vol.12 (2), 66-76.

Lehto B. 1997. Omaisten saama tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*. Vol.21 (4), 294-303.

Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot. 2000.

Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot. 2008.

Meilahden sairaalan sydänkirurgisen teho-osaston potilastilastot. 2009.

Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki, M. & Paavilainen, E. 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 2 (3), 28-32.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mustajoki, P. 2011. Sepelvaltimotauti. Tulostettu 1.5.2011. Duodecim, Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_teos=dlk...

Mäenpää, I. 1998. Hoitosuhde teho-osastolla -hoitajan suhde potilaaseen ja hänen läheisiinsä teho-osastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Mäkelä, H. 2008. Syöpää sairastavan potilaan omaisten kokemus potilaan saamasta hoidosta ja omasta selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Osa 183. Scripta lingua Fennica edita.

Mäkinen, B. & Routasalo, P. 2003. Sairaanhoitaja ja iäkkään potilaan omainen. *Tutkiva hoitotyö*. Vol.1 (2), 16-21.

Mäkinen, B., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1999. Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisen tukemisesta. *Hoitotiede*. Vol. 11 (3), 109-118.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nevalainen, A., Kaunonen, M. & Åstedt - Kurki, P. 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede*. Vol. 19 (4), 192-201.

Niiniluoto, I. 2000. Tieteen tuntomerkit. *Tiede* 80 (1), 5-9.

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede*. Vol.17 (3), 131-144.

Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. 2011. Tulostettu 16.10.2010. Tuki hoitosuhteeseen. <http://www.hyvajalaadukas.fi/laatukasikirja/h5.html>

Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, Juva: WSOY.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Pekurinen, A. 2008. Tehohoitopotilaan läheisen tuen tarve. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Pitkonen, A. & Saramäki, K. 1995. Afasiapotilaan omaisten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan informatiivisesta ja emotionaalisesta tuesta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Ponkala, O., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1996. Tehohoitohenkilökunta aikuispotilaan omaisten tarpeiden huomioijana. Hoitotiede. Vol. 8 (2), 87-96.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Ranta, L. 2009. Hoitohenkilökunnalta saatu tiedollinen tuki syöpää sairastavan potilaan omaiselle -Esimerkkinä terveystieteiden vuodeosaston omaiset. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Rantala, I. 2001. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rantanen, A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Rintala, J. 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Luettu 18.11.2011. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Suomen Sydänliitto ry. 2010. Sydänliitto. Tulostettu 29.12.2010. <http://www.sydanliitto.fi>.

Tanhua, A. 2005. Omaisille tiedottaminen teho-osastolla. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 14.10 2010. <http://www.tenk.fi>

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Vastamäki, J. 2010. Kyselylomaketutkimus: Tutkimusasetelman ja mittareiden valinta. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Välikangas, Elina. 2002. Mitä on hyvinvointi? -Luottamushenkilöiden, viranhaltijoiden ja kuntalaisten käsityksiä hyvinvoinnista. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Wasser, T., Pasquale, M. A., Matchett, S., Bryan, Y. & Pasquale, M. 2001. Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Critical Care Medicine*. Vol.29 (1), 192-196.

Wåhlin, I., Ek, A-C. & Idvall E. 2009. Empowerment from the perspective of next of kin in Intensive Care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.18, 2580-2587.

Ylipartanen, A. 2010. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Tallinna: AS Pakett.

Åstedt - Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Interaction between Family Members and Health Care Providers in an Acute Care Settings in Finland. *Journal of Family Nursing*. 7 (4), 371-390.

Kuviot

Kuvio 1. Omaisen hyvinvoinnin tukemisen toimintamalli.

Taulukot

Taulukko 1. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ja niitä vastaavat kysymykset lomakkeessa sekä kysymysten taustalla vaikuttavaa tutkimustietoa.

Taulukko 2. Opinnäytetyön muuttujat ja niitä selvittävät kysymykset lomakkeessa.

Taulukko 3. Summamuuttujien tunnusluvut omaisten kokemassa tuessa.

Taulukko 4. Opinnäytetyöhön osallistuneiden omaisten taustatiedot.

Taulukko 5. Tehohoidossa olleiden läheisten taustatiedot.

Taulukko 6. Omaisen tuen tarve teho-osastolla.

Taulukko 7. Omaisen kokemukset tiedollisen tuen saannista.

Taulukko 8. Omaisen kokemukset emotionaalisen tuen saannista.

Taulukko 9. Omaisen kokemukset henkisen tuen saannista.

Taulukko 10. Omaisen kokemukset konkreettisen tuen saannista.

Taulukko 11. Omaisen kokemuksia hyvinvoinnistaan läheisen tehohoitojakson aikana.

Taulukko 12. Naisten ja miesten kokemuksia läheistään koskevasta tiedon saannista.

Taulukko 13. Naisten ja miesten kokemuksia myötäelämisestä.

Taulukko 14. Naisten ja miesten kokemuksia lohdutuksen saannistaan.

Taulukko 15. Naisten ja miesten kokemuksia käytännön asioihin liittyvästä tuen saannistaan.

Taulukko 16. Naisten ja miesten kokemuksia omaan vointiinsa liittyvästä tuen saannista.

Taulukko 17. Naisten ja miesten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan henkisestä tuesta.

Taulukko 18. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia läheiseensä liittyvästä tiedon saannista.

Taulukko 19. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia hoitajilta saamastaan myötäelämisestä.

Taulukko 20. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia hoitajilta saamastaan lohdutuksesta.

Taulukko 21. Suunnitellusti leikattujen ja päivystyksellisesti leikattujen potilaiden omaisten kokemuksia käytännön asioista saamaansa tietoon.

Taulukko 22. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen voinnin kokeminen.

Taulukko 23. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen elämäntilanteen kokeminen.

Taulukko 24. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen ruokahaluttomuuden esiintyminen.

Taulukko 25. Läheisen hoitoajan kesto ja omaisen uniongelmien esiintyminen.

Taulukko 26. Omaisen koulutus ja läheiseen liittyvä tiedon saanti.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hyvä omainen!

Hoitotyön laadun kehittäminen ja omaisten huomioiminen ovat olennainen osa tämän päivän potilaan kokonaishoitoa teho-osastolla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tehohoidossa olevan potilaan omaisen hyvinvointia läheisen tehohoitojakson aikana. Opinnäytetyön avulla kehitetään hoitohenkilökunnan ammattitaitoa kohdata teho-osastolla olevan potilaan omainen. Opinnäytetyö kuuluu ylempään ammattikorkeakoulututkintoon.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselyyn. Vastauksenne on tärkeä luotettavien tulosten saamiseksi. Tiedot käsitellään sekä luottamuksellisesti että nimettöminä ja tietoja käytetään vain tähän opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön tuloksissa ei ole tunnistettavissa yksittäisiä vastuksia eikä vastauksenne vaikuta mitenkään läheisenne saamaan hoitoon. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olkaa ystävällinen ja palauttakaa kyselylomake täytettynä viikon kuluessa joko oheisessa kirjekuoressa (postimaksu maksettu) postilaatikkoon tai osastolle 21 käydessänne siellä seuraavan kerran.

Suostun osallistumaan tähän opinnäytetyöhön ja siihen, että antamani tietoja käytetään tämän tutkimuksen tekemiseen

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää, vastaan mielelläni.

YHTEISTYÖSTÄ KIITTÄEN

Minna Joenpolvi
AMK sairaanhoitaja
Puh: 040-566 9595

Liite 2. Kyselylomake

OMAISEN HYVINVOINTIA KARTOITTAVA KYSELYLOMAKE

Lukekaa ensin huolellisesti läpi koko kysymys ja kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot. Ympyröikää sitten itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin voitte kirjoittaa vastauksenne sille varatulle paikalle.

Vastauspäivämäärä: _____ . _____ . 2011

LÄHEISENNE TAUSTATIEDOT:

1) Hoidettavana olevan läheisen syntymävuosi: _____.

2) Läheisen sukupuoli:

- 1 Nainen
- 2 Mies

3) Leikkaus oli:

- 1 Ennalta suunniteltu
- 2 Päivystysleikkaus

4) Läheisen hoitoaika teho-osastolla tähän mennessä:

- 1 1-3 vrk
- 2 3-7 vrk
- 3 1-2 viikkoa
- 4 Yli 2 viikkoa

TEIDÄN TAUSTATIEDOT:

5) Teidän syntymävuotenne: _____.

6) Sukupuolenne:

- 1 Nainen
- 2 Mies

7) Suhteenne hoidossa olevaan läheiseen:

- 1 Puoliso
- 2 Vanhempi
- 3 Lapsi
- 4 Muu, mikä?_____.

8) Elämäntilanteenne:

- 1 Työelämässä
- 2 Eläkkeellä
- 3 Työtön
- 4 Muu, mikä?_____.

9) Koulutuksenne:

- 1 Ei ammattikoulutusta
- 2 Koulutason tutkinto
- 3 Opistotason tutkinto
- 4 Yliopistotason tutkinto
- 5 Muu, mikä?_____.

10) Onko Teillä alaikäisiä (< 18 v.) huollettavia?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

11) Matka sairaalaan:

- 1 Alle 5km
- 2 6 - 20 km
- 3 21 - 50 km
- 4 Yli 50 km

12) Kuinka usein vieraillette teho-osastolla

- 1 Päivittäin
- 2 1 - 3 kertaa viikossa
- 3 Harvemmin

13) Vierailujen kesto

- 1 Alle 15 min
- 2 16 - 45 min
- 3 Yli 45 min

Ympyröikää lomakkeesta itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

5= Täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

Omaisen tiedollisen tuen saantia koskevat kysymykset	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
14) Olen saanut riittävästi tietoa läheiseni hoidosta	5	4	3	2	1
15) Olen saanut riittävästi tietoa läheiseni voinnista	5	4	3	2	1
16) Olen saanut riittävästi tietoa läheiselleni tehtävistä tutkimuksista ja niiden tuloksista	5	4	3	2	1
17) Olen saanut tietoa läheiseni jatkosuunnitelmista (esim. siirtymisestä vuodeosastolle)	5	4	3	2	1
18) Olen saanut tietoa aina, kun olen halunnut	5	4	3	2	1
19) Olen saanut samanlaista tietoa sekä hoitajilta että lääkäreiltä	5	4	3	2	1
20) Saamani tieto on ollut rehellistä	5	4	3	2	1
21) Läheiseni hoidosta on kerrottu ymmärrettävällä kielellä	5	4	3	2	1
22) Olen saanut läheistäni koskevaa tietoa ensisijaisesti läheiseni hoitajalta	5	4	3	2	1
23) Minulle on halutessani järjestetty mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa	5	4	3	2	1

Mitä muuta haluaisin sanoa_____

Ympyröikää lomakkeesta itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

5= Täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

Omaisen emotionaalisen tuen saantia koskevat kysymykset	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
24) Koen, että hoitohenkilökuntaa on helppo lähestyä	5	4	3	2	1
25) Sain hoitohenkilökunnalta lohdutusta	5	4	3	2	1
26) Minulla oli mahdollisuus ilmaista tunteitani	5	4	3	2	1
27) Hoitajat olivat kiinnostuneita tunteistani	5	4	3	2	1
28) Hoitajat olivat kiinnostuneita hyvinvoinnistani	5	4	3	2	1
29) Koen, että minua pidetään tärkeänä	5	4	3	2	1
30) Koen, että minua arvostetaan	5	4	3	2	1

Mitä muuta haluaisin sanoa_____

Ympyröikää lomakkeesta itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

5= Täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

Omaisen henkisen tuen saantia koskevat kysymykset	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
31) Hoitajilla oli aikaa kuunnella minua	5	4	3	2	1
32) Hoitajat loivat minuun uskoa läheiseni toipumisesta	5	4	3	2	1
33) Hoitohenkilökunta rauhoitti minua	5	4	3	2	1
34) Hoitohenkilökunta rohkaisi minua osallistumaan läheiseni hoitoon	5	4	3	2	1
35) Minulla on läheisiä ihmisiä, joilta saan henkistä tukea	5	4	3	2	1
36) Kykenen luottamaan hoitohenkilökuntaan	5	4	3	2	1
37) Koin saavani henkistä tukea hoitohenkilökunnalta	5	4	3	2	1

Mitä muuta haluaisin sanoa_____

Ympyröikää lomakkeesta itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

5= Täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

Omaisen konkreettisen tuen saantia koskevat kysymykset	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
38) Sain etukäteen yhteystiedot teho-osastolle (esim. puhelinnumero)	5	4	3	2	1
39) Vierailuajat teho-osastolla olivat joustavat	5	4	3	2	1
40) Odotustila (omaisten huone) teho-osastolla oli viihtyisä	5	4	3	2	1
41) Sain hoitajalta etukäteen tietoa kuinka toimia, kun on tulossa osastolle käymään	5	4	3	2	1
42) Sain hoitajalta etukäteen tietoa tehohoitoympäristöstä	5	4	3	2	1
43) Hoitohenkilökunta tarjosi minulle mahdollisuutta yksinoloon	5	4	3	2	1
44) Hoitohenkilökunta tarjosi minulle mahdollisuutta käydä virkistäytymässä (esim. ruokailemassa)	5	4	3	2	1
45) Minulla oli mahdollisuus lepoon, vaikka läheiseni oli tehohoidossa	5	4	3	2	1
46) Hoitohenkilökunta rohkaisi minua olemaan yhteydessä teho-osastolle aina halutessani	5	4	3	2	1

Mitä muuta haluaisin sanoa _____

Ympyröikää lomakkeesta itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

5= Täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

Omaisen tuen tarvetta kartoittavat kysymykset	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
47) Koin, että olisin tarvinnut enemmän tietoa läheiseeni liittyen	5	4	3	2	1
48) Koin, että olisin tarvinnut hoitajilta enemmän myötäelämistä	5	4	3	2	1
49) Koin, että olisin tarvinnut hoitajilta enemmän lohdutusta	5	4	3	2	1
50) Koin, että olisin tarvinnut enemmän tietoa käytännön asioista (kuten esim. sopivista soittoajoista)	5	4	3	2	1
51) Koin, että olisin tarvinnut enemmän tukea omaan vointiini liittyen	5	4	3	2	1

Mitä muuta haluaisin sanoa_____

Ympyröikää lomakkeesta itseänne parhaiten kuvaava tai mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

5= Täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

Omaisen vointia kartoittavat kysymykset	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
52) Koen tällä hetkellä vointini hyväksi	5	4	3	2	1
53) Koen tällä hetkellä oman elämäntilanteeni hyväksi	5	4	3	2	1
54) Minulla on tällä hetkellä ruokahaluttomuutta	5	4	3	2	1
55) Minulla on tällä hetkellä uniongelmia (esim. nukahtamisvaikeuksia)	5	4	3	2	1
56) Suoriudun tällä hetkellä jokapäiväisistä askareista (esim. kotityöt) huonommin kuin aikaisemmin	5	4	3	2	1
57) Tunnen itseni tällä hetkellä masentuneeksi	5	4	3	2	1
58) Tunnen itseni tällä hetkellä surulliseksi	5	4	3	2	1
59) Tunnen itseni tällä hetkellä ahdistuneeksi	5	4	3	2	1
60) Tunnen itseni tällä hetkellä hermostuneeksi	5	4	3	2	1
61) Tunnen itseni tällä hetkellä väsyneeksi	5	4	3	2	1
62) Tunnen itseni tällä hetkellä voimattomaksi	5	4	3	2	1

Mitä muuta haluaisin sanoa_____

Mitä ehdotuksia Teillä on omaisen tukemiseksi tehohoitojakson aikana?_____

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

"Hienoa, että tällainen kysely on tehty. Tulee oikeasti tunne, että osastonne toimintaa halutaan kehittää. Kysymyksissä tuntui erityisen hyvältä, että omaisen voinnista ollaan myös kiinnostuneita. Toivottavasti myös sitten tosipaikan tullen ahdistunutta ja väsynyttä omaista voidaan tukea. Kiitos hyvästä työstänne, osasto 21" (L 38.)

"Hoitohenkilökunnan arvostus on ollut korkea ja nyt se on vieläkin korkeammalla" (L 35.)